

POSICIONAMIENTO SEFAP EN LA GESTIÓN FARMACOTERAPÉUTICA INTEGRADA



ISBN: pendiente
Dep. Legal: pendiente
© 2015. SEFAP

Editado por: Ala Oeste
Diseño: Ala Oeste

Gracias a la colaboración de:



Coordinado por SEFAP. Calle Villanueva 11, 7º 28001 Madrid. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del *copyright*.

POSICIONAMIENTO SEFAP EN LA GESTIÓN FARMACOTERAPÉUTICA INTEGRADA

AUTORES:

ARANTXA CATALÁN RAMOS

ESTER AMADO GUIRADO

JAVIER MARTÍNEZ GOROSTIAGA

ÁNGEL MATAIX SAN JUAN

LUIS SEGÚ TOLSA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ÍNDICE

9 RESUMEN EJECUTIVO

- 12 La integración clínica y asistencial
- 13 Aplicación de los conceptos de integración a la gestión del medicamento
- 13 Los servicios farmacéuticos asistenciales en la gestión clínicamente integrada del medicamento
- 14 Papel de los servicios farmacéuticos de atención primaria (SFAP) en la integración de los cuidados farmacoterapéuticos

19 OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN DEL INFORME

- 21 Objetivo
- 21 Situación en el SNS
- 24 Justificación del documento
- 24 A quién va dirigido este documento
- 25 Estructura del documento

27 POSICIONAMIENTO SEFAP

- 29 Apartado 1. La integración en los sistemas de salud
- 39 Apartado 2. Aplicación de los conceptos de integración a la gestión del medicamento
- 44 Apartado 3. Los servicios farmacéuticos asistenciales: su papel en la gestión del medicamento
- 62 Apartado 4. Papel de los servicios farmacéuticos de atención primaria en la integración de cuidados farmacoterapéuticos y su operativización
- 78 Apartado 5: Elementos centrales del posicionamiento

81 BIBLIOGRAFÍA REVISADA

- 83 Tendencias de cambio en el SNS
- 84 Planes de salud y de cronicidad del SNS
- 85 Aspectos generales de la integración
- 87 Papel de la APS
- 89 Integración de servicios farmacéuticos

SEFAP (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA DE ATENCIÓN PRIMARIA)

JUNTA DIRECTIVA (2015)

Presidenta: Arantxa Catalán

Vicepresidenta y Secretaria: Ester Amado

Tesorera: Mireia Massot

VOCALES

Vocal Andalucía Occidental

Antonio García Bonilla

Vocal Andalucía Oriental

Inmaculada Moraga

Vocal Aragón - Cantabria

Raquel Prieto

Vocal Asturias

Jorge Jiménez Arce

Vocal Baleares

Marta Rovira

Vocal Canarias

Ana Teresa López Navarro

Vocal Castilla la Mancha

José Manuel Paredero

Vocal Castilla león

Alfonso Ángel Díaz Madero

Vocal Cataluña

Rosa Madrdejos

Vocal Extremadura

Venancio Pérez García

Vocal Galicia

Marlén Fernández Silva

Vocal Madrid

José Manuel Izquierdo

Vocal Navarra

Concepción Celaya

Vocal País Vasco

Javier Martínez Gorostiaga

Vocal Comunidad Valenciana

José M^a Canelles



RESUMEN EJECUTIVO

El objetivo de este documento es definir el posicionamiento de la SEFAP en el desarrollo de las estrategias de coordinación e integración clínica y asistencial en el Sistema Nacional de Salud español (SNS) y su operativización en los servicios farmacéuticos asistenciales.

El SNS debe dar respuesta a necesidades emergentes mediante planteamientos y estrategias que consigan la eficiencia necesaria en la utilización de los recursos disponibles, para garantizar el mejor acceso y resultado posible a los servicios en un marco sostenible.

En lo que respecta al modelo asistencial y clínico, el cambio planteado se enfoca a desarrollar un entorno que incentive y facilite la coordinación o integración clínica.

Existen experiencias que persiguen la integración y coordinación clínica y asistencial en nuestro SNS, como las gerencias o áreas únicas o las organizaciones sanitarias integradas (OSI). Hasta el momento, el éxito tangible más relevante de estas experiencias (en general) se ha dado en la reorganización y concentración de servicios de soporte, administrativos y directivos que, si bien tienen su importancia desde la perspectiva organizativa y de economías de escala, no suponen por sí mismos la generación de un marco de integración y coordinación clínica. A nuestro entender, todos estos procesos adolecen de una “excesiva” visión directiva y de una “relativamente escasa” visión clínica.

Los planteamientos estratégicos de los entornos asistenciales hacia modelos clínicamente integrados afectan de forma directa a la gestión del medicamento en el SNS y

de los servicios farmacéuticos que participan en él, tanto desde una perspectiva global y poblacional como gestora y clínica.

LA INTEGRACIÓN CLÍNICA Y ASISTENCIAL

La fragmentación de los sistemas de salud provoca carencias estratégicas en la visión global e ineficiencias operativas explícitas, que afectan a los costes y a los resultados, y que impactan directamente en la sostenibilidad y en la rentabilidad social de la inversión en salud.

La integración clínica debe entenderse como “el mecanismo por el que los diferentes agentes, profesionales o dispositivos asistenciales que prestan servicios a un ciudadano, tienen y comparten los mismos objetivos de atención y sitúan, a ese ciudadano, como centro del sistema”. Este concepto no se fundamenta ni en la propiedad ni en la jerarquía, sino en una relación entre iguales que persigue un enfoque diferente del modelo clínico, basado en la cooperación y en la responsabilidad compartida.

Para su desarrollo operativo es necesario conformar modelos organizativos que generen las condiciones adecuadas para trasladar al entorno clínico la necesidad de integración.

Estos modelos deben generar cambios sustanciales en las reglas de juego y en las relaciones entre los agentes que incluyan, entre otros, cambios estratégicos y organizativos, cambios en el modelo de relación económica y clínica, un enfoque asistencial y de servicios diferente, una adecuada reorganización de los recursos disponibles y un dimensionamiento de los mismos en función de los objetivos estratégicos y funcionales de la integración, el desarrollo de un modelo de evaluación adaptado al nuevo enfoque integrado y la incorporación de instrumentos facilitadores de la integración.

Un aspecto de gran relevancia en la conformación de estos modelos organizativos es el “gobierno” de los mismos. Las consecuencias de “quién manda” en la red o en qué parte de la misma recae el gobierno tienen importancia a la hora de explicar la orientación y los resultados clínicos y asistenciales que se consigan. Los modelos organizativos que se basan en la atención primaria de salud (APS) han demostrado ser más efectivos y más eficientes y, además, la APS permite de forma natural no solo aportar resolución y continuidad, sino también integrar la visión individual y poblacional y el enfoque curativo y preventivo.

Por ello, parece recomendable un modelo de gobierno clínico basado en la centralidad y la preponderancia de la APS en los entornos que buscan la integración. La visión fragmentada debe poder integrarse estratégicamente en una visión global de la red, la población y el individuo. “El bosque” solo está preparado para verlo la APS; el resto están perfectamente preparados y entrenados para ver “los árboles”.

APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE INTEGRACIÓN A LA GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

La gestión del medicamento en nuestro SNS adolece también de problemas derivados de la fragmentación. La existencia de diferentes visiones terapéuticas, la falta de comunicación entre profesionales o las distintas perspectivas asistenciales desembocan necesariamente en decisiones heterogéneas que afectan a la utilización de los recursos farmacológicos a nivel individual y, sumado, a nivel poblacional.

Homogeneizar criterios, mensajes y acciones entre los distintos profesionales que toman decisiones terapéuticas, o que acompañan las mismas en beneficio del paciente, es una necesidad y una consecuencia lógica desde la perspectiva de la integración clínica. La “gestión clínicamente integrada del medicamento” supone “concertar los cuidados farmacoterapéuticos entre los diferentes agentes que participan, de forma que se garantice una atención centrada en el paciente y capaz de integrar coherentemente las decisiones y cuidados terapéuticos que se producen en el continuo asistencial”.

Esta visión debe poder garantizar el acceso al medicamento necesario, un uso eficiente y efectivo del mismo a nivel individual y un patrón de uso poblacional compatible con la sostenibilidad económica del SNS.

LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES EN LA GESTIÓN CLÍNICAMENTE INTEGRADA DEL MEDICAMENTO

Los servicios farmacéuticos asistenciales existentes hoy en día en nuestro SNS, si bien cubren de forma fragmentada todos los requerimientos para una correcta gestión del medicamento, no establecen, en general, un nivel adecuado de coordinación entre ellos, ni un planteamiento homogéneo o política de medicamentos conjunta que

afecte a todos los ámbitos asistenciales y que integre la visión individual y poblacional requerida.

Esta necesidad es, seguramente, la responsabilidad de mayor envergadura que deben afrontar los servicios farmacéuticos asistenciales de forma conjunta y coordinada en nuestro SNS.

Cada uno de los servicios farmacéuticos asistenciales en su ámbito de competencia asume, en mayor o menor medida, la función logística (compra, almacenamiento y distribución) que da respuesta a la garantía de acceso efectivo, y la función clínica o atención farmacéutica (soporte a profesionales y pacientes) vinculada a la utilización eficiente y efectiva de las terapias.

Si bien la función logística responde perfectamente a criterios de economía de escala y, por tanto, de centralización, no ocurre lo mismo con la función clínica, que debe adaptarse necesariamente a los requerimientos de cada entorno asistencial en el que se ubica.

El modelo organizativo asistencial que se plantee, a fin de conseguir desarrollar elementos facilitadores de la integración, no debe perder las diferentes visiones de los entornos asistenciales sino que debe construir la adecuada coordinación entre ellos para conseguir una visión conjunta.

Los gestores responsables del desarrollo de modelos organizativos dirigidos a potenciar la coordinación e integración clínica deben contemplar los servicios farmacéuticos asistenciales como un elemento relevante, capaz de aportar valor al proceso de generación de resultados. La aportación más valiosa de estos servicios se centra en su función clínica y en su capacidad de optimizar la utilización de las terapéuticas farmacológicas a nivel individual y poblacional.

PAPEL DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SFAP) EN LA INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS FARMACOTERAPÉUTICOS

Los SFAP, además de los aspectos vinculados al soporte a los profesionales y usuarios de este nivel asistencial, deben aportar al conjunto fundamentalmente tres elementos diferenciales: 1) la responsabilidad poblacional; 2) la incorporación del concepto fami-

liar y comunitario en los servicios farmacéuticos, y 3) la coordinación con otros ámbitos asistenciales farmacéuticos y no farmacéuticos.

La perspectiva poblacional es de gran relevancia en la gestión del medicamento, y debe integrarse en la política estratégica y contemplar aquellos aspectos que persiguen optimizar los resultados agregados de la utilización de fármacos, tanto a nivel de efectividad y eficiencia como de seguridad, desde una perspectiva de prevención tanto primaria como secundaria.

Es importante diferenciar las actividades dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos en pacientes individuales de aquellas dirigidas a garantizar un impacto poblacional. El desarrollo de una política de medicamentos debe integrar la visión poblacional desde, por ejemplo, el desarrollo de una dinámica de selección que se enfoque en dar respuesta eficiente a los problemas de salud más prevalentes, el diseño de directrices generales de utilización que maximicen la relación beneficio - riesgo o el desarrollo de instrumentos que permitan la identificación, prevención y/o resolución sistemática de los problemas relacionados con el uso de fármacos.

Entendemos que los servicios farmacéuticos de atención primaria deben jugar un papel central en la gestión clínicamente integrada del medicamento ya que si no fuera así se producirían carencias importantes en el modelo clínico, tanto conceptuales como operativas.

Desde la perspectiva conceptual, el modelo de integración, sin los SFAP, sería poco coherente con un modelo clínico y asistencial centrado en la APS. Además, operativamente sería difícil aportar un apoyo farmacéutico adecuado al perfil de los profesionales de APS, que es sustancialmente diferente al de los profesionales del ámbito especializado, sería difícil incorporar la visión poblacional y comunitaria al conjunto de cuidados farmacoterapéuticos y, por último se perdería capacidad de coordinación con el resto de servicios farmacéuticos, sobre todo en aquellas situaciones de transición de los pacientes entre niveles.

En definitiva, creemos que el ámbito de responsabilidad que deben asumir los SFAP es básico para definir estratégicamente la política y las prioridades de la atención farmacéutica y articular a los agentes implicados y sus relaciones en base al objetivo común.

¿Cómo hacer operativa la concertación de servicios de atención farmacéutica y el papel de los servicios farmacéuticos de atención primaria?

Estas políticas deben generarse a través de la participación de los servicios farmacéuticos, su coordinación interna y externa y la prestación, en cada ámbito asistencial, de servicios de atención farmacéutica adaptados a las necesidades y peculiaridades territoriales y coherentes con la política definida.

Para el desarrollo de una adecuada concertación de servicios farmacéuticos en torno al paciente, destacamos el papel del FAP como “farmacéutico de enlace”. El tránsito de los pacientes entre niveles asistenciales es un punto crítico en el desarrollo y aplicación de políticas homogéneas de cuidados, y es en este punto donde el FAP debe aportar una función de enlace conceptual y operativo entre los diferentes agentes vinculados con el paciente y la farmacoterapia.

Otro elemento fundamental a asumir por los SFAP es la articulación de las políticas de medicamentos globales del SNS y su adaptación a los entornos locales, ejerciendo de cadena de transmisión de las mismas entre los agentes implicados, y desarrollando una sistemática compra de servicios de atención farmacéutica a las FC adaptada a las necesidades y peculiaridades territoriales.

Entendemos que, si bien las funciones logísticas desarrolladas por las FC pueden responder a modelos de compra generales para el SNS, el desarrollo de servicios de atención farmacéutica debe articularse a través de la APS y de sus SFAP.

¿Los perfiles profesionales de los farmacéuticos de atención primaria son los adecuados para el desarrollo efectivo de entornos clínicamente integrados?

El desarrollo de la nueva especialidad en farmacia hospitalaria y de atención primaria debería permitir aportar un reconocimiento explícito a los farmacéuticos de atención primaria. No obstante, es importante tener en cuenta que una única especialidad no significa una única función ni un único modelo de servicio.

Es importante integrar en esta formación, de forma diferenciada y especializada, la diferente visión y responsabilidad funcional de cada ámbito, garantizando las adecuadas capacidades que necesita el SNS.

Los objetivos del SNS en cuanto a la integración clínica y asistencial deben ser visualizados como un elemento central del proceso de formación de los farmacéuticos.

¿Qué elementos operativos debe desarrollar la organización de los servicios asistenciales farmacéuticos en los entornos integrados?

Los entornos asistenciales que se planteen desarrollos dirigidos a facilitar la integración clínica y asistencial no parten normalmente de cero, y disponen ya de un modelo de servicios farmacéuticos que implica funciones y recursos.

Los SFAP no están homogéneamente desarrollados y en muchos casos su presencia es limitada en cuanto a recursos y, en consecuencia, capacidades funcionales. Esta limitación estructural es una dificultad relevante a la hora de asumir el papel central que entendemos que deben tener en el desarrollo de una política integrada de medicamentos.

Ante esta realidad, los entornos gestores pueden tener la comprensible tentación de aprovechar todos los recursos farmacéuticos de su organización y concentrarlos. Esto ha ocurrido en experiencias desarrolladas en España, donde los servicios farmacéuticos hospitalarios de un territorio han asumido el “gobierno” y, en consecuencia, han concentrado (absorbido) los recursos disponibles. Lo “fácil”, en este caso, no es coherente con los objetivos estratégicos de desarrollo de un modelo de organización integrado, y dificulta el cambio cultural necesario y la visión adecuada.

El dimensionamiento estructural de los servicios farmacéuticos en los entornos integrados debe primero definir y después priorizar los objetivos estratégicos y funcionales de la política de medicamentos y los SFAP deben, en particular, deben estar en disposición de cumplir sus funciones y de coordinar la política definida en la organización. Si ello supone integrar o incrementar recursos, debe plantearse de forma inmediata o progresiva. Esta recomendación dirigida es extrapolable a cualquier otro servicio farmacéutico del entorno integrado, entendiendo siempre que las soluciones que el entorno gestor debe aportar a la hora de estructurar los servicios farmacéuticos no necesariamente debe ser la “fácil”, sino “la coherente” con lo que se persigue, aunque ello suponga invertir, desinvertir o reconvertir recursos de forma progresiva.

02

OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN DEL INFORME

OBJETIVO

El presente documento tiene por objetivo definir el posicionamiento de la SEFAP en el desarrollo de estrategias de coordinación e integración clínica y asistencial en el Sistema Nacional de Salud español y su operativización en los servicios farmacéuticos asistenciales para la mejora de las capacidades de gestión del medicamento en nuestro entorno.

SITUACIÓN EN EL SNS

La situación económica de los últimos años ha acelerado un proceso de reflexión en el Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Aspectos como la cobertura, la cartera de prestaciones, el grado de descentralización de las decisiones, la incorporación sostenible de la innovación, la colaboración público-privada, el acceso a la información o los escenarios de compra por resultados son elementos de discusión actualmente vigentes y para los cuales no existe aún una respuesta clara ni única.

Pero no solo la limitación de recursos derivados de la reciente crisis económica hace necesaria esta reflexión. El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población supone un incremento de la prevalencia de la patología crónica. España es el tercer país del mundo con un mayor porcentaje de personas mayores de 65 años. En el año 2000 este grupo representaba el 17% de la población y se prevé que sea el 34% en el año 2050. La patología crónica supone el 75% del gasto sanitario, el 60% de las hospitalizaciones y el 80% de las visitas ambulatorias.

Tal como indican los diferentes planes de salud y de cronicidad autonómicos y nacionales, la gestión de la cronicidad es uno de los retos de futuro del SNS español para garantizar la equidad de acceso a los servicios y su sostenibilidad. Esta situación no es exclusiva del SNS español, y la mayoría de los sistemas públicos europeos enfrentan el mismo problema.

Tal como indican los diferentes planes de salud y de cronicidad autonómicos y nacionales, la gestión de la cronicidad es uno de los retos de futuro del SNS

Las propuestas que se plantean para dar respuesta a las necesidades emergentes persiguen conseguir la eficiencia necesaria en la utilización de los recursos disponibles, para garantizar el mejor acceso y resultado posible a los servicios en un marco sostenible. Así, cambios organizativos dirigidos a coordinar los recursos y la atención, la orientación del sistema a los resultados y al paciente, la reorganización, concentración y racionalización de recursos y capacidades, la adecuada centralización (o coordinación) de las decisiones regulatorias vinculadas a la incorporación de nuevas tecnologías, la descentralización de otras vinculadas a la adecuada utilización de los recursos, la implicación y corresponsabilización de los profesionales, un acceso a la información que permita la adecuada evaluación de los resultados, la incorporación de tecnologías de la información que hagan más eficientes las relaciones entre los agentes o la participación activa de los pacientes y ciudadanos en las decisiones, son elementos estructurales de cambio sometidos a reflexión como potenciales líneas de mejora.

Si tuviéramos que señalar de entre todos estos elementos de cambio alguno que, en lo que respecta al modelo asistencial y clínico, fuera un denominador común o condición necesaria, casi sin dudarlo seleccionaríamos la coordinación o integración clínica. Este concepto va mucho más allá de los aspectos organizativos, ya que integra un elemento conceptual y cultural esencial, como es devolver al centro del sistema al paciente y, por tanto, organizar la atención en torno a sus necesidades, lo que supone coordinar los esfuerzos y actividades de los diferentes profesionales no “en torno a los servicios”, sino “alrededor del paciente al que dan servicios”.

En el SNS, las diferentes propuestas estratégicas definidas enfocan claramente a la necesidad de potenciar y desarrollar la coordinación asistencial y clínica y, si todos los análisis coinciden en esta solución, es más que probable que el problema exista y, además, sea relevante resolverlo. A diferencia de otros entornos, en el desarrollo de estos modelos de integración clínica y asistencial nuestro SNS parte con ventaja, ya que dispone de un sustrato seguramente más adecuado y receptivo al concepto de integración, fundamentalmente porque está basado en una APS fuerte, central y con amplia capacidad de actuación.

Devolver al centro del sistema al paciente y, por tanto, organizar la atención en torno a sus necesidades

Adicionalmente a esta situación de partida, se han desarrollado y se desarrollan experiencias que persiguen un mayor grado de integración y coordinación clínica. Estas experiencias son fundamentalmente de dos tipos: las gerencias o áreas únicas y las organizaciones sanitarias integradas (OSI).

Si bien ambas persiguen el mismo objetivo, las gerencias o áreas únicas se han centrado, hasta ahora, en generar economías de escala mediante la unificación de servicios de soporte, administrativos y directivos. Estos desarrollos, interesantes desde la perspectiva organizativa, no suponen por sí mismos la generación de un marco adecuado de integración y coordinación clínica.

El segundo grupo de experiencias, las OSI, tienen, por lo menos sobre el papel, un objetivo estratégico más explícito, vinculado a conseguir la integración clínica y asistencial en un territorio. Estos desarrollos se dan en el País Vasco y en Cataluña y actualmente, en muchos casos, presentan similares limitaciones a las ya expresadas para las gerencias o áreas únicas.

A nuestro entender, un elemento relevante sobre el que reflexionar en todos estos procesos es la “excesiva” visión directiva y la “relativamente escasa” visión clínica de los modelos operativos desarrollados. Las decisiones directivas pueden, de forma aislada, unificar jerarquías y dirección, unificar dispositivos de soporte, como laboratorios, centralizar procesos logísticos y de compras, desarrollar tecnologías homogéneas y, sobre todo, crear las condiciones necesarias para la integración clínica, pero no pueden, sin los profesionales, dar el paso definitivo de cambiar el modelo de relación clínica.

A pesar de las limitaciones que presentan las experiencias desarrolladas, la percepción actual en nuestro SNS parece claramente diferente a la de no hace muchos años. Ya nadie discute ni el concepto ni la necesidad, lo cual es condición necesaria para el desarrollo. Quizás lo único que hace falta es el tiempo de maduración necesario para que las experiencias que se están desarrollando se enfoquen adecuadamente al objetivo final.

JUSTIFICACIÓN DEL DOCUMENTO

Estos planteamientos y los desarrollos realizados afectan de forma directa al modelo de gestión del medicamento y de los servicios farmacéuticos que participan en ellos, tanto desde una perspectiva global y poblacional como gestora y clínica.

En estas circunstancias consideramos importante, como mínimo, reflexionar sobre cuál es el modelo de servicios farmacéuticos que mejor se adapta a los requerimientos de la integración clínica y asistencial, considerando que su papel focal no es la logística y la compra, sino aportar valor al SNS con relación a obtener el mejor resultado posible de la terapéutica farmacológica tanto a nivel poblacional como individual, sanitario y económico.

Creemos que el papel de los servicios farmacéuticos de atención primaria (SFAP) debe ser central y difícilmente sustituible en un enfoque centrado en la coordinación e integración clínica y asistencial.

Los siguientes apartados tienen por objetivo plantear esta reflexión y justificar técnicamente la importancia que para el SNS tiene, y tendrá cada vez más, contar con SFAP adecuadamente dimensionados.

A QUIÉN VA DIRIGIDO ESTE DOCUMENTO

Por la importancia que entendemos que tiene esta reflexión, el presente documento se dirige a todos y cada uno de los agentes que tienen un papel relevante en la planificación y gestión del SNS, desde el ámbito macro, que define las políticas de medicamentos y que tiene a los SFAP como correa de transmisión de las mismas, hasta los clínicos que deben aplicarlas, y para ello contar con el apoyo de profesionales capacitados que puedan aportar valor a sus acciones, pasando por los gestores, que deben

garantizar a la población de responsabilidad un acceso adecuado, eficiente, efectivo y de calidad a los servicios de salud y, finalmente por los propios pacientes y ciudadanos que, a la postre, serán los beneficiados o damnificados de las políticas de gestión que desarrollemos en nuestro SNS.

ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO

El documento se ha estructurado en cinco apartados. El primero integra los aspectos vinculados al concepto y desarrollo de la integración clínica y asistencial en los sistemas de salud y describe aspectos conceptuales de la integración y sus potenciales beneficios, la importancia de la atención primaria de salud en el desarrollo de estos modelos y los elementos operativos necesarios para desarrollar la integración.

El segundo apartado hace referencia específica a la incorporación de los conceptos de integración en la gestión del medicamento, y en él se desarrolla el concepto de *gestión clínicamente integrada del medicamento*.

El tercero se centra en el papel que deben jugar los servicios farmacéuticos asistenciales y el cuarto va dirigido específicamente a considerar la importancia de los servicios farmacéuticos de atención primaria en la gestión clínica del medicamento y en su enfoque integrado, y a dar recomendaciones para su operativización en los entornos asistenciales.

Finalmente, el apartado 5 integra el resumen de recomendaciones, diferenciando entre las relativas al conjunto de los servicios de salud y las relativas a los servicios farmacéuticos y, especialmente, a los de atención primaria.

03

POSICIONAMIENTO SEFAP

APARTADO 1. LA INTEGRACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Este apartado comprende los aspectos vinculados al concepto y desarrollo de la integración en los sistemas de salud y describe aspectos conceptuales de la integración y sus potenciales beneficios, la importancia de la atención primaria de salud en el desarrollo de modelos clínicamente integrados y de los elementos operativos necesarios para desarrollar la integración, y las experiencias implementadas en el SNS español hasta el momento.

1.1 La integración asistencial en los sistemas de salud

Coordinación, continuidad e integración asistencial son términos que se suelen utilizar indistintamente para referirse a una misma idea: la conexión de la atención que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión.

Integración, en el ámbito sanitario, debe entenderse, desde un punto de vista conceptual y operativo, como “el mecanismo por el cual los diferentes agentes, profesionales o dispositivos asistenciales que prestan servicios a un ciudadano tienen y comparten los mismos objetivos de atención y sitúan a ese ciudadano como centro del sistema”.

La integración así entendida, por tanto, nada tiene que ver con la propiedad o la titularidad de los diferentes dispositivos de atención, ni con la titulación de los profesionales, ni con el nivel asistencial en el que ejercen, sino fundamentalmente con el concepto de concertar y compartir objetivos, actividades y responsabilidades en torno al paciente.

1.2 ¿Por qué es necesaria la integración clínica?

La mejor forma de entender su necesidad es, seguramente, hacer explícitos los problemas derivados de la “fragmentación”, entre los que podríamos citar como más relevantes los siguientes:

- a. Inexistencia de una visión continua de la atención.
- b. Modelo asistencial no centrado en el paciente y sus problemas.
- c. Inexistencia en el sistema de una perspectiva global, tanto sanitaria (resultados) como económica (recursos).
- d. Criterios de eficiencia aplicados de forma aislada en los diferentes dispositivos, generando en muchos casos ineficiencias globales.
- e. Evolución fragmentada e ineficiente del SNS en base a las necesidades de cada compartimento asistencial.
- f. Asignación de recursos fragmentada, basada en la oferta y no en los resultados esperados o perseguidos.
- g. Inexistencia de una financiación orientada a un resultado conjunto y agregado de la atención.
- h. Falta de incentivos económicos para la generación de una visión clínica integrada y un concepto tangible de responsabilidad compartida.
- i. Valoración fragmentada de los resultados en el mejor de los casos.

Todos estos elementos, intrínsecos a la fragmentación, provocan, además de carencias estratégicas en la visión global del SNS, ineficiencias operativas explícitas que afectan a los costes y a los resultados y que impactan directamente en la sostenibilidad y en la rentabilidad social del sistema y de la inversión en salud.

En la década de los ochenta y principio de los noventa, la introducción en los sistemas públicos del concepto de *competencia gestionada* (mercados internos) fue una de las reformas sanitarias más promovidas en la mayoría de los países desarrollados. En los últimos años, al contrario, se ha producido un abandono de las estrategias de promoción de la competencia, orientándose el discurso sanitario hacia el logro de una mayor

eficiencia y hacia el aumento de la coordinación, que garanticen la continuidad en los servicios de salud que se proveen.

Orientándose el discurso sanitario hacia el logro de una mayor eficiencia y hacia el aumento de la coordinación

Hoy en día no parece necesario defender algo tan evidente como es que los diferentes agentes que interactúan sobre las demandas de salud de las personas deban entenderse, coordinarse y ponerse de acuerdo para obtener de cada uno valor añadido que mejore el resultado de la atención.

No obstante, este planteamiento continúa siendo, como muchas de las cosas que marca el sentido común, un “discurso” cuya práctica no es habitual, dado que su desarrollo implica fundamentalmente un cambio cultural en el entorno gestor y clínico, pero también un cambio sustancial en la forma de articular los servicios y las relaciones y en el modelo de gobierno de las organizaciones.

1.3 Papel de la atención primaria de salud (APS) en la integración clínica y asistencial

Los modelos organizativos de atención a la salud que se basan en la APS han demostrado ser más efectivos y más eficientes y, además, la posición central de la APS permite, de forma natural, no solo aportar resolución y continuidad al sistema de salud, sino integrar las visiones individuales y poblacionales y los enfoques asistenciales curativos y preventivos.

El SNS español incorpora este enfoque, ya que la APS es un entorno con responsabilidad poblacional definida y que actúa como puerta de entrada clínica y asistencial. Este planteamiento en nuestro ámbito no es literario: la APS concentra el 80% de la demanda y tiene una elevada capacidad resolutive.

Los aspectos más relevantes a tener en cuenta a la hora de considerar el papel de la APS en la integración clínica y asistencial son los siguientes:

1. El único entorno asistencial que incorpora de forma natural el concepto de *integración* es la APS.

2. El único entorno asistencial que integra en sus planteamientos de responsabilidad el concepto de *población* es la APS.
3. Si la existencia de una APS fuerte y central es considerada en general (y con la evidencia disponible) como un elemento que permite una mayor eficiencia y efectividad al sistema de salud, parece lógico que los procesos de integración mantengan esta premisa.
4. Es difícil que un entorno que se focaliza en la especialización, como es el hospitalario, pueda generar un modelo de gobierno con una visión que combine adecuadamente el concepto de población con el de paciente.
5. Es difícil que un entorno clínico que se basa en la “posibilidad”, como el especializado, integre, desde la perspectiva del gobierno clínico, la necesaria visión de lo “frecuente” y lo “probable”.
6. Es difícil que un entorno especializado cuyo papel habitual es “coordinarse” sea capaz de plantear una cultura organizativa basada en la “generación de coordinación”.

Prácticamente todas las propuestas conceptuales relacionadas con el desarrollo de modelos asistenciales integrados incluyen entre sus elementos centrales la APS, ya que esta se fundamenta en una visión integrada y puede ser, por tanto, motor y catalizador de la coordinación clínica en el conjunto del sistema.

Además, la APS aporta también elementos operativos que mejoran la eficiencia del sistema, como la regulación de flujos asistenciales, la integración de información clínica, la valoración integral del paciente, la visión poblacional y comunitaria y el enfoque sanitario y social.

Sería difícil entender, por tanto, que los modelos organizativos que pretenden desarrollar integración y coordinación clínica no se fundamentaran en la APS y renunciaran a las eficiencias que genera este modelo y a sus capacidades para catalizar el cambio.

1.4 ¿Cómo hacer operativa la integración clínica y asistencial?

Existen diferentes niveles y conceptos de integración en un sistema de salud. Podemos hablar de integración cuando concentramos o centralizamos actividades de

soporte a la producción clínica con el objetivo de generar economías de escala, o incluso podemos hablar de integración de elementos directivos y administrativos, como actividades y servicios logísticos, gestión de recursos humanos, gestión económica y financiera, etc.

El núcleo de la integración clínica es el paciente, y esto supone que los diferentes profesionales que interactúan con él deben definir y tener objetivos comunes y compartidos.

No obstante, la integración de los ámbitos gerenciales y de soporte a la producción clínica, si bien aporta beneficios al sistema no debe confundirse con la integración clínica. El núcleo de la integración clínica es el paciente, y esto supone que los diferentes profesionales que interactúan con él deben definir y tener objetivos comunes y compartidos.

Este concepto se fundamenta operativamente en una relación entre iguales que persigue un enfoque diferente del modelo clínico como aspecto fundamental del cambio y consecuencia perseguidos. No obstante, para su desarrollo se deben generar cambios sustanciales en las reglas de juego y en el modelo de relaciones entre los agentes:

- **Cambios estratégicos.** Van dirigidos a definir y hacer visible (interna y externamente) una estrategia conjunta. Son, por ejemplo, la definición de una misión y visión conjunta que supere la misión y visión individual de cada entorno asistencial, la elaboración de un plan estratégico conjunto, el desarrollo de una única imagen corporativa o la elaboración de un plan de comunicación interno y externo adecuado al nuevo enfoque.
- **Cambio en el modelo organizativo.** Supone la adecuación de la organización en coherencia con el enfoque estratégico. Este elemento pasa por redefinir la organización de sus elementos directivos (por ejemplo, la generación de una única gerencia o el desarrollo de una dirección asistencial única que integre la visión de los diferentes entornos asistenciales), la integración de los servicios de soporte no clínicos (logísticos, administrativos, de recursos humanos, etc.) y clínicos (laboratorio, radiología), así como la definición funcional y el desarrollo organizativo

más coherente del ámbito clínico y asistencial en función de las prioridades de atención identificadas y de los procesos asistenciales integrados definidos.

- **Cambio en el modelo de relación económica que incorpore el concepto de responsabilidad compartida sobre los resultados sanitarios y económicos.**

Este elemento implica un cambio sustancial en la orientación de la financiación y en los sistemas de pago y es esencial, ya que expresa en términos tangibles la estrategia. Todas las partes de la organización deben disponer de incentivos económicos para desarrollar adecuadamente su función (su aportación al conjunto), pero también se deben ver afectadas por los objetivos y resultados globales. La incorporación de los cambios en el modelo económico debe ser necesariamente progresiva, y paralela a los cambios estratégicos y organizativos, así como a la priorización y determinación de los resultados individuales y compartidos que persigue la organización.

- **Cambio en el modelo de relación clínica entre los profesionales.** Si bien tiene un componente operativo, es un cambio estratégico de gran importancia, que debe permitir el desarrollo de un nuevo planteamiento asistencial. El elemento más relevante es la participación e implicación de los profesionales en la definición operativa del enfoque asistencial y de servicios y, especialmente, el desarrollo de elementos organizativos conjuntos, como comisiones interniveles o modelos de relación entre la atención especializada y la primaria (sistema experto, por ejemplo), que deben permitir hacer operativa la generación de objetivos comunes en torno a los pacientes y la población de responsabilidad.

- **Cambios en el enfoque asistencial y de servicios.** Integración del enfoque poblacional y del enfoque individual e integración de los conceptos de resultado sanitario y económico como elementos mutuamente condicionados. Este enfoque debe hacerse operativo a través de una cartera integrada de servicios y del desarrollo de elementos facilitadores de la integración, tanto organizativos (comités interniveles, sistemas expertos, etc.) como instrumentales (guías clínicas integradas, rutas asistenciales, programas de gestión de patologías, gestión de casos, etc.). En este apartado se integran también los elementos de planificación estratégica, como la identificación y definición de acciones de salud pública, la coordinación con otros agentes locales (municipio) o con el sector social y el

desarrollo de iniciativas intersectoriales. Su desarrollo, como es obvio, también es progresivo, y paralelo a los procesos de desarrollo organizativo y asistencial.

- **Reordenación y adecuación de los recursos existentes.** Una vez definidos, a todos los niveles, los elementos estratégicos, el modelo asistencial y las responsabilidades funcionales que han de asumir los diferentes agentes, será necesario reordenar y adecuar los recursos disponibles a los necesarios en cada ámbito de atención. Ello supone un proceso que implica analizar las funciones y objetivos de cada parte, dimensionar los recursos necesarios para el desarrollo funcional en cada ámbito, dimensionar los recursos actuales y su distribución y proceder a su reordenación. Así, puede ser necesario potenciar algunos ámbitos asistenciales (atención primaria, por ejemplo) o algunos procesos de atención (atención transversal a las urgencias o a la gestión clínica del medicamento) para poder dar la respuesta funcional requerida. Como es lógico, esta adecuación debe conseguirse inicialmente con la reorganización de los recursos disponibles y, si esto no es suficiente, con la inversión de recursos adicionales dirigidos a los ámbitos prioritarios.
- **Desarrollo de un modelo de evaluación adaptado a la estrategia y al nuevo enfoque integrado.** La evaluación debe vincularse con objetivos de resultado globales y particulares de cada entorno, y debe integrar también en todo momento la accesibilidad y el grado de continuidad de la atención. La generación de una dinámica de evaluación permitirá monitorizar la consecución de los objetivos estratégicos definidos y también hacer tangible la responsabilidad compartida a través de la medición de los resultados poblacionales e individuales obtenidos y la coherente orientación de los recursos e incentivos.
- **Desarrollo de instrumentos facilitadores de la integración.** En otros apartados se ha hecho ya mención de algunos instrumentos de coordinación, ya sean organizativos o de normalización clínica. No obstante, uno de los elementos facilitadores de la integración que tienen gran importancia es la posibilidad de compartir información y facilitar la comunicación entre profesionales. En este sentido, el desarrollo de sistemas de información clínica integrada que incorporen también la gestión de pacientes y los sistemas de comunicación formal e informal entre los diferentes agentes y entornos asistenciales son aspectos a considerar

en el desarrollo operativo. El desarrollo de instrumentos por sí mismo es un factor facilitador, pero no determinante de la integración clínica.

Todos estos elementos pretenden crear modelos organizativos que generen las condiciones necesarias para trasladar al entorno clínico la necesidad de integración.

Estos modelos organizativos reciben diferentes nombres (redes integradas de servicios de salud, organizaciones sanitarias integradas, gerencias o áreas únicas, etc.); no obstante, el objetivo perseguido debería ser el mismo, y no otro que incorporar los cambios estratégicos, de reglas de juego, organizativos, económicos e instrumentales necesarios para disponer del sustrato que facilite e incentive la coordinación entre profesionales y, por tanto, la integración del modelo clínico en torno a las necesidades del paciente.

1.5 ¿Dónde debe recaer el gobierno de la red integrada?

Es obvio que los modelos organizativos que persiguen la integración clínica y asistencial pueden presentar fórmulas diferentes, que van desde la concertación a la fusión, y si bien pueden ser compatibles todas ellas con la generación de una visión compartida que integre de forma fluida los diferentes requerimientos funcionales y estratégicos, no todas tienen las mismas repercusiones a la hora de reorganizar las jerarquías dentro de la red.

Las consecuencias de “quién manda” no son iguales en función de cómo se produzca la reorganización o en qué parte de la red recaiga el gobierno de la misma. Así, por ejemplo, los modelos integrados en los que el gobierno de la red se focaliza en el hospital no responden igual que aquellos modelos en los que el gobierno se focaliza en la APS, porque sus planteamientos clínicos y, sobre todo, de responsabilidad poblacional, son intrínsecamente diferentes y, como es obvio, es aconsejable que el gobierno de la red recaiga en aquel entorno que reúna, en su esencia, los elementos más próximos a los que la integración persigue.

Por ello, parece recomendable la centralidad y preponderancia de la APS como modelo de gobierno clínico de los entornos que buscan la integración. La visión fragmentada debe poder integrarse estratégicamente en una visión global de la red, la población y el individuo, y “el bosque” solo está preparado para verlo la APS; el resto están perfectamente preparados y entrenados para ver “los árboles”.

1.6 ¿Cuál sería el alcance recomendable para la integración clínica y asistencial en nuestro SNS?

La integración clínica y asistencial en nuestro SNS debe partir de dos concepciones organizativas complementarias:

1. La primera es una visión y misión comunes a todos los agentes del SNS, fundamentadas en los mismos valores y objetivos básicos, pero también en un nivel explícito de resultados vinculados a las capacidades y funciones de cada parte en el SNS.
2. La segunda es la forma operativa de organizar, en el territorio, modelos organizativos adecuados y factibles para el desarrollo poblacional del concepto de integración clínica y asistencial.

Respecto al segundo elemento, vinculado a la organización operativa de modelos que buscan la integración, es importante dimensionar el alcance poblacional y de servicios que se deben integrar, a fin de permitir el desarrollo de los elementos operativos ya definidos.

Si bien no existen evidencias contundentes respecto de este punto, los expertos apuntan a las siguientes condiciones vinculadas con el alcance de los entornos integrados:

1. **Población definida:** Un modelo organizativo que tenga por objetivo desarrollar la integración clínica y asistencial debe tener una población claramente definida que permita integrar adecuadamente las perspectivas individuales y poblacionales. Es imprescindible conocer la población, sus características y su carga de enfermedad para poder dimensionar adecuadamente los recursos y servicios necesarios.
2. **Masa crítica poblacional:** Las poblaciones definidas de cobertura de una organización de este tipo deben ser lo suficientemente grandes para diluir riesgos y garantizar el volumen y el tipo adecuado de servicios, pero no tan grandes como para complicar en exceso la organización y gestión de la misma. Los expertos consideran que las dimensiones poblacionales adecuadas estarían entre los 200.000 y los 300.000 habitantes.
3. **Dimensionamiento asistencial y de servicios equilibrado:** Los diferentes actores o dispositivos asistenciales implicados en la integración afectan también a su

efectividad, complejidad y manejo. Así como hemos planteado la importancia de disponer de una APS adecuadamente dimensionada a sus funciones, también es relevante considerar el dimensionamiento asistencial que debe integrarse desde la perspectiva especializada. En este punto los expertos consideran que la existencia de un hospital terciario o de alta complejidad en la organización dificulta, más que favorece, la integración.

Los motivos que justifican esta afirmación son varios. En primer lugar, el enfoque poblacional de muchos de los servicios implicados en un hospital de este tipo tiene un alcance superior a la masa crítica considerada como recomendable. En segundo lugar, el peso de estos centros en la organización es demasiado importante y en su estrategia la integración no suele ser un eje prioritario.

Mantener al margen de los entornos integrados a los hospitales de alta complejidad no implica que no se desarrollen procesos asistenciales específicos en los que participen y se integren. Además, es muy probable que estos centros deban dar respuesta asistencial a poblaciones de varios entornos integrados, con los que deberán necesariamente coordinarse.

Es paradigmático que, si bien las recomendaciones de los expertos van esta línea, algunos desarrollos de integración en España vinculados a gerencias o áreas únicas hayan situado hospitales terciarios no solo como un centro más en el desarrollo organizativo integrado, sino como centro y gobierno de la red.

APARTADO 2. APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS DE INTEGRACIÓN A LA GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

Este apartado hace referencia específica a la incorporación de los conceptos de integración en la gestión del medicamento y desarrolla el concepto de gestión clínicamente integrada del medicamento y su papel y potencial importancia en la gestión de los medicamentos en el SNS.

2.1 Gestión clínicamente integrada del medicamento en el SNS: conceptos y elementos generales

El medicamento no es un resultado final de la atención sanitaria, es un recurso que los profesionales deciden utilizar para mejorar la salud de los individuos y las poblaciones de forma preventiva o curativa. No obstante, la utilización de medicamentos en un sistema de salud supone efectos relevantes sobre dos ámbitos fundamentales:

- **Sobre la salud:** El medicamento se incorpora habitualmente como una de las intervenciones más frecuentes de los procesos asistenciales y de decisión clínica que se llevan a cabo desde los dispositivos de atención a la demanda y, por tanto, buena parte de la efectividad final de estas intervenciones está relacionada, en mayor o menor grado, con la disponibilidad y correcta utilización de los recursos terapéuticos farmacológicos, tanto por parte de los clínicos como de la población receptora.
- **Sobre los recursos:** Un porcentaje relevante del gasto sanitario global corresponde a la terapéutica farmacológica. La cronicidad y la medicina personalizada, que concentran buena parte de la innovación farmacológica, ponen de relevancia la magnitud del impacto económico de las terapias farmacológicas. En el primer caso el impacto está más vinculado a la cantidad que al precio unitario, y en el segundo las causas del impacto se invierten, ya que si bien la prevalencia de uso puede ser menor, el precio unitario de las terapias es altísimo.

El SNS, en relación con el medicamento, debe garantizar, en primer lugar, el acceso a la oferta farmacológica necesaria, entendiendo como necesaria aquella que pueda dar respuesta efectiva a los problemas de salud de la población y de los individuos de la forma más eficiente posible. En segundo lugar debe poder garantizar que la oferta

disponible se utilice de la forma más efectiva y eficiente, maximizando el beneficio y minimizando el riesgo de la exposición individual y poblacional al medicamento.

Debe poder garantizar que la oferta disponible se utilice de la forma más efectiva y eficiente, maximizando el beneficio y minimizando el riesgo de la exposición individual.

Los agentes implicados en el proceso y que asumen responsabilidades tangibles son múltiples, y si bien tienen funciones diferenciales, su objetivo es, o debería ser, sustancialmente el mismo.

A partir de la oferta que el SNS pone a disposición de los médicos, la utilización de medicamentos responde, en origen, a sus decisiones frente a pacientes individuales y, por tanto, su patrón de uso individual y, en consecuencia, poblacional, y las consecuencias económicas y sanitarias derivadas estarán íntimamente relacionadas con el grado de fragmentación o coordinación que exista entre los diferentes clínicos que interactúan con los pacientes y sus decisiones.

Además, en el proceso de acceso y uso de los medicamentos interactúan con el paciente otros profesionales además del médico que, en principio, deben ejercer de facilitadores para conseguir el mejor uso posible del recurso terapéutico y minimizar el potencial impacto negativo del medicamento.

Es difícil, por tanto, pensar que sin una adecuada coordinación clínica y asistencial de los diferentes agentes que, de una forma u otra, interactúan con el paciente, se consiga generar una dinámica homogénea que permita garantizar el objetivo final expresado. En definitiva, las decisiones clínicas relativas a la utilización de medicamentos no se diferencian sustancialmente del resto de decisiones asistenciales y clínicas y se ven afectadas de la misma forma por la fragmentación.

2.2 ¿Qué aspectos son más relevantes en la gestión del medicamento en nuestro SNS?

La utilización final de los medicamentos y sus consecuencias en un SNS derivan de múltiples factores regulatorios, clínicos y asistenciales, y de la interacción de múltiples agentes, incluido el propio paciente.

No obstante, si tuviéramos que resumir los elementos principales, identificaríamos cinco. El primero es la selección de la oferta, o lo que es lo mismo, el ejercicio de priorización que supone decidir qué medicamentos son los más adecuados para dar respuesta a las demandas de salud de una población. El segundo, los criterios clínicos de elección de la terapia más adecuada ante un paciente con un problema de salud. El tercero es la garantía de acceso efectivo del paciente a la medicación necesaria. El cuarto, el traslado de la información necesaria al paciente para garantizar el adecuado grado de adherencia a la terapéutica. Y finalmente el quinto, la adecuada capacidad de gestión de la terapéutica por parte del propio paciente y la corresponsabilización del mismo en su cuidado.

Todos estos aspectos, que forman parte del problema y de la solución, se integran de forma diferente en la visión de los diferentes agentes relevantes del SNS, tanto en el ámbito regulador como en el gestor y clínico.

2.3 ¿Es necesario considerar en la integración clínica la gestión del medicamento?

De la misma forma que ocurre con el concepto amplio de integración clínica y de fragmentación, la gestión del medicamento en nuestro SNS adolece de problemas, lo cual es lógico, ya que la utilización de este recurso es consecuencia directa de las decisiones y acciones del conjunto de profesionales que interactúan con el paciente.

La existencia de diferentes visiones terapéuticas, la falta de comunicación entre profesionales o las distintas perspectivas asistenciales desembocan necesariamente en decisiones heterogéneas que afectan a la utilización de los recursos farmacológicos a nivel individual y, agregadamente, a nivel poblacional.

Las decisiones terapéuticas en los diferentes entornos asistenciales del sistema son, en definitiva, síntoma y consecuencia del nivel de coordinación clínico existente. La

diferente perspectiva terapéutica entre la APS y el entorno especializado, el grado diferencial de aceptabilidad de las novedades terapéuticas o la escasa conciliación de la medicación en los momentos de tránsito del paciente entre niveles asistenciales son algunos ejemplos de las consecuencias de la fragmentación y, en definitiva, de la inexistencia explícita de objetivos y normas clínicas comunes.

El problema no acaba en la variabilidad de las decisiones clínicas, sino que continúa, desde una perspectiva asistencial, con la heterogeneidad de mensajes, recomendaciones y pautas que el paciente recibe de los distintos profesionales y que, con la mejor voluntad, en muchos casos no hacen más que complicar el proceso terapéutico.

Como es lógico, este conjunto de ineficiencias individuales deriva en ineficiencia poblacional y en un coste de oportunidad elevado para todo el SNS.

Homogeneizar criterios, mensajes y acciones entre los distintos profesionales que toman decisiones terapéuticas o que acompañan a las mismas en beneficio del paciente es una necesidad y una consecuencia lógica desde la perspectiva de la integración clínica y, por tanto, la gestión del medicamento clínicamente integrada en el continuo asistencial es un concepto naturalmente implícito en el concepto amplio de integración clínica.

2.4 ¿Qué entendemos por gestión clínicamente integrada de los recursos farmacoterapéuticos?

Los ámbitos de acción identificados en los apartados anteriores conforman una realidad existente: Múltiples profesionales interactuando con el mismo paciente para dar una respuesta terapéutica adecuada a la misma necesidad.

Conseguir visualizar el concepto paciente de forma transversal en nuestro sistema implica, a efectos del medicamento, su gestión integrada desde una perspectiva clínica y, por tanto, un nivel de coordinación de decisiones y cuidados farmacoterapéuticos capaz de integrar coherentemente las acciones de los diferentes profesionales con el objetivo de garantizar el mejor resultado posible de la terapia farmacológica a nivel individual y social.

Esto implica acceso al medicamento necesario, uso eficiente y efectivo a nivel individual y un patrón de uso poblacional compatible con la sostenibilidad económica del SNS.

2.5 ¿Qué elementos y agentes deben coordinarse en la gestión del medicamento en el SNS?

Una adecuada coordinación que permita una gestión clínicamente integrada del medicamento supone concertar los cuidados farmacoterapéuticos entre los diferentes agentes que participan, de forma que se garantice una atención centrada en el paciente y capaz de integrar coherentemente las decisiones y cuidados terapéuticos que se producen en el continuo asistencial.

En este proceso todos los agentes tienen un rol activo, algunos vinculados directamente con las decisiones regulatorias y de alcance poblacional, otros relacionados con las decisiones clínicas individuales y otros con un papel mixto. Con independencia del papel que cada agente tenga en el proceso, se debe reconocer explícitamente que el más relevante lo asumen fundamentalmente dos: el decisor clínico (médico) y el receptor directo de las decisiones (paciente). El resto de profesionales, instituciones y organismos vinculados al proceso tienen, y deben tener, un papel de facilitador y de apoyo a médicos y pacientes.

El más relevante lo asumen fundamentalmente dos: el decisor clínico (médico) y el receptor directo de las decisiones (paciente). El resto deben tener, un papel de facilitador

Cualquier política de gestión del medicamento que no “entienda”, por un lado, la relevancia de médicos y pacientes y, por otro, la importancia de los elementos y agentes que deben facilitar las actitudes y aptitudes de ambos, difícilmente podrá obtener resultados dignos de mención.

Uno de los agentes que deben facilitar y orientar adecuadamente las decisiones y acciones de médicos y pacientes en este proceso son los servicios farmacéuticos asistenciales.

APARTADO 3. LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES: SU PAPEL EN LA GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

Nuestro SNS reconoce de forma explícita un papel exclusivo a los servicios farmacéuticos en el acceso al medicamento de la población susceptible de recibirlo. Esta misión integraba un conjunto de actividades dirigidas a garantizar la disponibilidad, la calidad y la dispensación del producto, entendida esta como la entrega del producto adecuado, en la cantidad y condiciones adecuadas, al paciente adecuado.

No obstante, todos los ámbitos asistenciales farmacéuticos han evolucionado conceptualmente, en mayor o menor medida, desde la responsabilidad basada en el producto a una responsabilidad centrada en el resultado final de la terapia sobre el paciente. Esta visión incorpora una participación activa en el proceso asistencial, ya sea sobre la decisión clínica o sobre el paciente e implica los siguientes aspectos:

1. **Responsabilidad:** El profesional farmacéutico asume su responsabilidad en la provisión y los resultados de la terapia farmacológica en los pacientes.
2. **Integralidad:** Los servicios, en coherencia con la responsabilidad, han de integrar todos los aspectos relacionados con la efectividad y eficiencia final de los tratamientos (selección, prescripción, producto, dispensación, seguimiento, etc.).
3. **Integración:** Para proporcionar atención farmacéutica, y teniendo en cuenta el conjunto de factores implicados en el resultado final de la terapia, los servicios farmacéuticos han de poder interaccionar horizontal y verticalmente con el resto de estructuras de provisión sanitaria y con el paciente.

Los servicios farmacéuticos asistenciales, globalmente hablando, existentes hoy en día en nuestro SNS se estructuran en tres ámbitos en principio independientes: los servicios farmacéuticos hospitalarios (SFH), los servicios farmacéuticos de atención primaria (SFAP) y las oficinas de farmacia comunitaria (OFC). En la Tabla 1 se describen sus principales características, funciones y vinculación.

TABLA 1: SERVICIOS FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES EN EL SNS ESPAÑOL

SFH	
Titularidad	Pública o privada, dependiendo de la titularidad del hospital.
Vinculación	- Hospitales. - Jerarquizados. - Vinculados a la dirección médica y a la gerencia.
Servicios logísticos	- Compra. - Almacenamiento. - Fabricación. - Dispensación.
Servicios clínicos	- Selección. - Apoyo a la normalización clínica. - Apoyo a las decisiones clínicas de los profesionales médicos y de enfermería. - Atención farmacéutica a los pacientes ingresados. - Atención farmacéutica a los pacientes ambulatorios a los que se dispensa medicación. - Pacientes de alta: conciliación e información.

SFAP	
Titularidad	Pública.
Vinculación	- Centros de atención primaria (uno o más). - Jerarquizados. - Vinculados a las direcciones de atención primaria.
Servicios logísticos	Son relativamente escasas, ya que únicamente se responsabilizan de la medicación necesaria para su aplicación directa en los centros de atención primaria.
Servicios clínicos	- Evaluación de la oferta y recomendaciones de selección. - Apoyo a la normalización clínica en su ámbito y entre niveles asistenciales. - Apoyo a las decisiones clínicas de los profesionales médicos y de enfermería. - Atención farmacéutica a pacientes ambulatorios de responsabilidad de su ámbito de AP. - Acciones en entornos comunitarios y familiares. - Desarrollo de programas y políticas de medicamentos de alcance poblacional o territorial. - Coordinación de la atención farmacéutica entre niveles y servicios.

OFC	
Titularidad	Privadas (contratadas por el SNS).
Vinculación	- Agrupadas en colegios provinciales. - Atomizadas y no jerarquizadas. - Responden a la propiedad individual.
Servicios logísticos	Son los fundamentales para los que actualmente están contratadas por el SNS: - Compra. - Almacenamiento. - Fabricación. - Dispensación.
Servicios clínicos	- Atención farmacéutica a pacientes ambulatorios: dispensación activa, SPD, seguimiento farmacoterapéutico, educación e información, detección de PRM, etc. - Participación y ejecución de programas de salud pública: programas de cribaje, educación y promoción de la salud, etc. - Prestación de servicios específicos contratados (en muchos casos en forma piloto): intercambio de jeringas, dispensación de metadona, etc.

Los SFH prestan servicios vinculados a los pacientes ingresados y a pacientes ambulatorios atendidos en los hospitales. Su ámbito de soporte clínico a las decisiones terapéuticas se vincula a los médicos especialistas de los hospitales y a su actividad sobre pacientes ingresados y ambulatorios atendidos en consultas externas y urgencias. Prestan también servicios directos a pacientes ambulatorios, fundamentalmente vinculados a la dispensación de medicamentos de uso hospitalario.

Los SFAP se integran en la APS del SNS. A diferencia del resto, las actividades relacionadas con la compra y dispensación son escasas, ya que esta función, a nivel ambulatorio, la realiza la OFC. Su papel fundamental se concentraría en mejorar la efectividad

y eficiencia del uso de medicamentos a nivel individual y poblacional, incidiendo en la decisión clínica de los profesionales y sobre el propio paciente.

La presencia de servicios farmacéuticos en la APS incorpora tres elementos fundamentales derivados del ámbito asistencial en el que se ubican y de sus funciones en el SNS:

1. La responsabilidad poblacional, que deriva en la necesaria visión agregada del medicamento y el desarrollo de políticas poblacionales y territoriales.
2. La incorporación del concepto familiar y comunitario en sus servicios.
3. La coordinación con otros ámbitos asistenciales farmacéuticos y no farmacéuticos, básicamente servicios médicos especializados, farmacias hospitalarias y oficinas de farmacia comunitaria.

Las OFC conforman una red de farmacias privadas contratadas por el SNS para dispensar los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios. Tienen un contacto “privilegiado” con el paciente y una visión de la globalidad farmacoterapéutica del mismo, que facilitaría el desarrollo de actividades de atención farmacéutica y de actividades de apoyo a programas de salud pública.

Aunque las posibilidades de actuación de la oficina de farmacia son incuestionables, sus funciones reales tienen algunas limitaciones, derivadas de los siguientes aspectos (que por otra parte son mayoritariamente modificables): El sistema público las contrata fundamentalmente para el proceso logístico y de dispensación. En cuanto al desarrollo de otras actividades de atención farmacéutica, si bien son profesionalmente reconocidas no lo son económicamente por el SNS.

1. Si bien las OFC conforman una red, el enfoque asistencial es atomizado y, en muchos casos, más competitivo que coordinado.
2. Dada la libre elección del paciente, ninguna OFC tiene una población de pacientes necesariamente estable.
3. El nivel de contacto y relación con los profesionales asistenciales de la red pública está poco estructurado.

4. El nivel de coordinación interno (entre las OFC) y externo (con los SFH y los SFAP) no está tampoco estructurado.

3.1 ¿Qué papel juegan los servicios farmacéuticos asistenciales en la gestión clínicamente integrada del medicamento?

Lo que hoy entendemos como servicios farmacéuticos asistenciales asumen las dos funciones básicas vinculadas con los dos objetivos fundamentales que el SNS plantea: la función logística (compra, almacenamiento y distribución), que da respuesta a garantizar el acceso efectivo a los medicamentos, y la función clínica o atención farmacéutica (soporte a profesionales y pacientes), vinculada a la utilización eficiente y efectiva de las terapias.

Respecto a su papel en los procesos de integración clínica, pueden y deben actuar como catalizadores de todos aquellos elementos de apoyo y concertación de actividades y criterios clínicos (vinculados con el uso de medicamentos) entre profesionales y entre profesionales y pacientes. En la Tabla 2 se identifican aquellos aspectos sobre los cuales los servicios farmacéuticos asistenciales podrían incidir positivamente en la integración clínica.

TABLA 2: ÁMBITOS DE PARTICIPACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE INTEGRACIÓN CLÍNICA

ÁMBITO	ACCIONES	SERVICIOS FARMACÉUTICOS IMPLICADOS
Definir una política de medicamentos integrada y hacerla operativa	- Integrar en una estrategia conjunta los elementos de accesibilidad y utilización eficiente, efectiva y segura que permitan maximizar el beneficio y minimizar el riesgo de la exposición individual y poblacional a los medicamentos. - Definir una política estratégica del medicamento que integre los lineamientos del SNS y las adaptaciones al territorio y a la población de responsabilidad. - Hacer operativa la política del medicamento a través de la participación y coordinación de los agentes implicados, del desarrollo de las funciones y servicios necesarios y de la incorporación de los instrumentos facilitadores y de las tecnologías adecuadas.	- Farmacéuticos de atención primaria: Papel central como facilitadores e impulsores del desarrollo de la política de medicamentos, así como responsabilidad directa en su desarrollo operativo y en su seguimiento y evaluación. - Farmacéuticos hospitalarios: Participando en la elaboración y en el desarrollo operativo de la misma en su ámbito de responsabilidad. - Farmacéuticos comunitarios: Participando en la elaboración y en el desarrollo operativo de la misma en su ámbito de responsabilidad.

ÁMBITO	ACCIONES	SERVICIOS FARMACÉUTICOS IMPLICADOS
Selección de la oferta disponible	- Establecimiento de criterios homogéneos de selección y condiciones de utilización de las innovaciones globalmente o por áreas terapéuticas o patologías. - Homogeneización de las terapéuticas priorizadas entre niveles asistenciales, globalmente o por áreas terapéuticas específicas o patologías.	- Farmacéuticos de atención primaria fundamentalmente, dada la visión poblacional. - Farmacéuticos hospitalarios, especialmente en medicamentos especiales (áreas terapéuticas especializadas).
Selección en pacientes individuales	- Desarrollo de criterios homogéneos entre los diferentes profesionales en grupos de pacientes (polimedicados) o procesos patológicos específicos (gestión de patologías), a través del desarrollo de guías clínicas integradas, guías farmacoterapéuticas integradas, etc. - Evaluación y garantía de adhesión a los criterios.	- Farmacéuticos de atención primaria: Participando en criterios de selección y en la evaluación del cumplimiento de los mismos. - Farmacéuticos hospitalarios: Participando en criterios de selección y en la evaluación del cumplimiento de los mismos, así como en el desarrollo de procesos de garantía de cumplimiento, como conciliación al alta, utilización de medicamentos en urgencias o criterios de prescripción en consultas externas. - Farmacéuticos comunitarios: Garantía de accesibilidad a las alternativas terapéuticas seleccionadas.

ÁMBITO	ACCIONES	SERVICIOS FARMACÉUTICOS IMPLICADOS
Garantía de accesibilidad a las terapéuticas	- Incluye todos los procesos logísticos de compra y conservación de medicamentos que deben permitir poner a disposición de los pacientes las terapias seleccionadas y prescritas. - Dispensación de las terapias a los pacientes (fármaco adecuado al paciente adecuado en el momento oportuno).	- Farmacéuticos hospitalarios: Garantía para los pacientes ingresados, así como para aquellos ambulatorios para medicación de dispensación hospitalaria. - Farmacéuticos comunitarios: Garantía de accesibilidad a los medicamentos de dispensación ambulatoria prescritos en receta. - Farmacéuticos de atención primaria: Únicamente para la garantía de acceso a medicamentos de aplicación directa en los dispositivos asistenciales de atención primaria.
Desarrollo de elementos facilitadores (maximizar efectividad y minimizar riesgos individuales)	- Desarrollo de criterios homogéneos para incentivar el uso adecuado por parte del paciente. - Desarrollo de políticas de educación e información homogéneas para el paciente. - Desarrollo de criterios homogéneos de identificación e intervención sobre PRM.	- Farmacéuticos de atención primaria: Participación en el desarrollo de criterios, coordinación entre entornos y aplicación de criterios en su ámbito directamente sobre pacientes o indirectamente a través de los profesionales asistenciales (enfermería especialmente). - Farmacéuticos hospitalarios: Participación en el desarrollo de criterios y aplicación en su ámbito directamente sobre pacientes o indirectamente a través de los profesionales asistenciales (enfermería especialmente). - Farmacéuticos comunitarios: Participación en la definición y aplicación directa de criterios en actividades de atención farmacéutica sobre pacientes.

ÁMBITO	ACCIONES	SERVICIOS FARMACÉUTICOS IMPLICADOS
Autogestión y corresponsabilización del paciente	- Desarrollo de estrategias conjuntas para potenciar las capacidades de autogestión del paciente. - Desarrollo de criterios homogéneos de identificación de necesidades de servicios de apoyo.	- Farmacéuticos de atención primaria: Participación en la elaboración de criterios, coordinación entre entornos asistenciales, traslado de criterios y políticas a su entorno asistencial. - Farmacéuticos hospitalarios: Participación en la elaboración de criterios, traslado de criterios y políticas a su entorno asistencial. - Farmacéuticos comunitarios: Participación en la elaboración de criterios, aplicación de criterios y políticas para los pacientes.

3.2 ¿Qué grado de coordinación existe hoy en día entre los servicios farmacéuticos asistenciales de nuestro SNS?

Los servicios asistenciales farmacéuticos de los que hoy en día dispone el SNS, sean propios o externos, cubren, por lo menos de forma fragmentada, todos los elementos de gestión necesarios, desde la visión poblacional a la individual, ya sea en su papel clínico o logístico.

No obstante, es relevante remarcar que actualmente los diferentes ámbitos asistenciales farmacéuticos, por sus características y oportunidades, presentan un nivel de desarrollo heterogéneo de las funciones incluidas dentro del concepto de atención farmacéutica. Este punto es de vital importancia, ya que antes de plantearse coordinar actividades, el SNS deberá definir claramente las responsabilidades funcionales y las carteras de servicios vinculadas a cada ámbito asistencial farmacéutico y garantizar las capacidades para proveerlos.

Desde la perspectiva de la coordinación clínica, la relación entre dispositivos asistenciales, ya sean farmacéuticos o no farmacéuticos, es un elemento básico en el concepto

de atención farmacéutica. Difícilmente los servicios farmacéuticos pueden actuar de manera efectiva sobre sus clientes internos y externos sin una buena comunicación y coordinación con el resto de escalones asistenciales.

Podríamos entender dos ámbitos de coordinación: el nivel de coordinación o colaboración que establecen los servicios farmacéuticos con el resto de los servicios clínicos asistenciales dentro de su propio compartimento (farmacia hospitalaria con los servicios clínicos hospitalarios y farmacia de atención primaria y comunitaria con los profesionales de atención primaria) y el que se establece entre los servicios farmacéuticos de los distintos niveles asistenciales. En la Tabla 3 se describe el nivel de coordinación interna y externa existente, su grado de desarrollo y los elementos facilitadores de la misma.

TABLA 3: GRADO DE COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS ENTRE ELLOS Y CON OTROS SERVICIOS CLÍNICOS

SFH	
COORDINACIÓN CLÍNICA INTERNA	Elevada.
COORDINACIÓN CLÍNICA EXTERNA	- Con otros SFH: Relativa. - Con otros servicios farmacéuticos: Escasa. - Con otros servicios médicos: Escasa.
FACILITADORES ACTUALES	Internos: - Ubicación física. - Dispensación (función logística). - Comisiones de farmacia y terapéutica. - Otras comisiones. - Sistemas de información. Externos (cuando existan) - Comisiones de farmacia y terapéutica territoriales. - Programas específicos asistenciales (conciliación). - Proceso de integración económica (capitativos). - Condiciones contractuales. - Sistemas de información. - Paciente.

SFAP	
COORDINACIÓN CLÍNICA INTERNA	Elevada.
COORDINACIÓN CLÍNICA EXTERNA	- Con otros SFAP: Elevada. - Con otros servicios farmacéuticos: Relativa. - Con otros servicios médicos: Escasa.
FACILITADORES ACTUALES	Internos: - Ubicación física y proximidad. - Comisiones de farmacia y terapéutica. - Prescripción electrónica. - Sistemas de información. - Condicionantes económicos en la APS. - Responsabilidad poblacional de la APS. Externos (cuando existan) - Comisiones de farmacia y terapéutica territoriales. - Procesos de integración económica (capitativos). - Programas específicos asistenciales o de salud pública. - Sistemas de información. - Pacientes. - Prescripción electrónica. - Condiciones contractuales.

OFC	
COORDINACIÓN CLÍNICA INTERNA	Escasa (con los profesionales asistenciales del SNS).
COORDINACIÓN CLÍNICA EXTERNA	- Con otras OFC: Relativa (cuando no competitiva). - Con otros servicios farmacéuticos: Escasa. - Con otros servicios médicos: Escasa.
FACILITADORES ACTUALES	Internos: - Colegios provinciales. - Exclusividad de dispensación. - Sistemas de información. - Condicionantes económicos. - Accesibilidad y proximidad al paciente. Externos (cuando existan) - Actividades conjuntas con los centros de AP. - Programas específicos asistenciales o de salud pública. - Prescripción electrónica. - Paciente.

El nivel de coordinación actual de los servicios farmacéuticos asistenciales entre ellos es escaso y poco favorecedor de una atención farmacoterapéutica con garantías de continuidad. Esto no es diferencial de lo que ocurre con el resto de servicios asistenciales ni supone soluciones diferentes.

3.3 Elementos para hacer operativa la gestión clínicamente integrada del medicamento

Si bien existen servicios farmacéuticos en todos los ámbitos esenciales de la atención, no existe, en general, un planteamiento homogéneo que se pueda considerar como

una política de medicamentos conjunta que afecte a todos los ámbitos asistenciales y que integre la visión individual y poblacional requerida. Esta necesidad es, seguramente, la responsabilidad de mayor envergadura que deben afrontar los servicios farmacéuticos asistenciales de forma conjunta y coordinada.

En el ámbito de los servicios farmacéuticos, y a la hora de reflexionar sobre cómo se deben organizar en modelos de gestión integrada, entendemos que hay que diferenciar claramente dos ámbitos funcionales:

1. La función logística, que puede responder perfectamente a criterios de economía de escala y, por tanto, de centralización.
2. La función clínica, que no responde a economías de escala, no tiene validez externa entre ámbitos y debe adaptarse necesariamente a los requerimientos de cada entorno asistencial. Esta consideración no es extraña, ya que ocurre exactamente igual que con el resto de servicios clínicos existentes.

Es, por tanto, necesariamente importante entender que la coordinación clínica es imprescindible, pero que la coordinación o integración clínica no debe hacer perder la responsabilidad funcional específica de cada ámbito. No se trata de diluir funciones y responsabilidades sino de compartirlas y concertarlas.

En la Tabla 4 se diferencia la diferente “visión” que cada ámbito asistencial farmacéutico debe garantizar individualmente para poder conformar un concepto de atención farmacéutica coordinado pero que responda, también, a las necesidades funcionales y operativas de cada entorno clínico y asistencial.

TABLA 4: VISIÓN ASISTENCIAL DE LOS DIFERENTES SERVICIOS FARMACÉUTICOS

SFH	
VISIÓN	- Responsabilidad poblacional limitada (población de pacientes usuarios). - Responsabilidad individual sobre pacientes atendidos. - Apoyo a profesionales hospitalarios.
ÁMBITOS FUNCIONALES ESTRATÉGICOS	- Logístico (compra, almacenamiento y dispensación). - Política de medicamentos en el entorno hospitalario. - Soporte a las decisiones clínicas individuales. - Atención farmacéutica sobre pacientes atendidos.
OFC	
VISIÓN	Responsabilidad individual sobre pacientes usuarios.
ÁMBITOS FUNCIONALES ESTRATÉGICOS	- Logístico (compra, almacenamiento y dispensación). - Adhesión y participación en las políticas de medicamentos poblacionales. - Atención farmacéutica sobre pacientes atendidos. - Aplicación individual de programas de salud pública en pacientes atendidos.



SFAP	
VISIÓN	- Responsabilidad poblacional. - Responsabilidad individual sobre pacientes usuarios. - Apoyo a profesionales de AP. - Responsabilidad en la coordinación y concertación funcional entre ámbitos de atención farmacéutica. - Responsabilidad en la continuidad de cuidados farmacoterapéuticos.
ÁMBITOS FUNCIONALES ESTRATÉGICOS	- Política de medicamentos de alcance poblacional (transmisión de las políticas globales del SNS hacia abajo y de las adecuaciones locales hacia arriba). - Política de medicamentos para la atención primaria. - Soporte a las decisiones clínicas individuales. - Atención farmacéutica sobre pacientes atendidos. - Coordinación clínica (en farmacoterapia) entre profesionales de diferentes entornos asistenciales. - Coordinación con otros servicios farmacéuticos para el desarrollo de las políticas poblacionales de medicamentos. - Coordinación de las acciones de garantía farmacoterapéutica en pacientes en tránsito entre niveles (farmacéutico de enlace).

El modelo organizativo asistencial que se plantee a fin de conseguir desarrollar elementos facilitadores de la integración no debe perder las diferentes visiones de los entornos asistenciales, sino que debe construir la adecuada coordinación entre ellas para conseguir una visión conjunta. Esto es válido en el ámbito farmacoterapéutico y en todos los demás ámbitos asistenciales y clínicos.

3.4 ¿Desde dónde se debe gobernar la política de medicamentos de una red integrada de servicios de salud?

En el apartado correspondiente a la operativización de los modelos organizativos que persiguen la integración clínica y asistencial, ya se ha especificado que la mayoría de los expertos enfocan y priorizan la centralidad y preponderancia de la APS como modelo de gobierno clínico de los entornos que buscan la integración.

Evidentemente, todo lo planteado desde la perspectiva de los servicios asistenciales y la gestión clínica de forma genérica es, a nuestro entender, igualmente válido para los servicios farmacéuticos y para la gestión clínicamente integrada de la farmacoterapia.

De esta forma, la visión global de la gestión del medicamento en la red asistencial, en la población y en el individuo debe ser asumida por la APS, que es quien está en condiciones de ver el “bosque”.

APARTADO 4. PAPEL DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA INTEGRACIÓN DE CUIDADOS FARMACOTERAPÉUTICOS Y SU OPERATIVIZACIÓN

Los SFAP deben cumplir con sus funciones particulares, ya definidas, pero además deben aportar la visión del “bosque” y la incorporación de esa visión al conjunto de servicios farmacéuticos.

Los SFAP, además de los aspectos vinculados al soporte a las decisiones clínicas de los profesionales de APS y los servicios de atención farmacéutica dirigidos a los usuarios de este nivel asistencial, deben aportar al conjunto fundamentalmente tres elementos diferenciales que derivan del ámbito asistencial en el que se ubican: 1) la responsabilidad poblacional; 2) la incorporación del concepto familiar y comunitario en los servicios farmacéuticos, y 3) la coordinación con otros ámbitos asistenciales farmacéuticos y no farmacéuticos.

El elemento diferencial vinculado a la perspectiva poblacional es de gran relevancia en la gestión del medicamento y, en general, en la conformación de un enfoque de prestación de servicios de salud. Esta perspectiva, en el ámbito del medicamento, debe integrarse en la política estratégica y debe contemplar aquellos aspectos que persiguen optimizar los resultados agregados de la utilización de fármacos, tanto a nivel de efectividad y eficiencia como de seguridad, desde una perspectiva de prevención tanto primaria como secundaria.

La perspectiva poblacional en el ámbito del medicamento, debe integrarse en la política estratégica y debe contemplar aquellos aspectos que persiguen optimizar los resultados

Es importante diferenciar las actividades dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos en pacientes individuales, adecuando el recurso a la evidencia disponible y a las características y necesidades de un caso concreto, de las dirigidas a garantizar un impacto poblacional lo más óptimo y seguro posible, como por ejemplo:

- Selección adecuada de fármacos que sea capaz de dar respuesta a las demandas y necesidades de salud más prevalentes de forma eficiente.
- Desarrollo de políticas de uso y selección que minimicen los riesgos de la exposición poblacional a medicamentos.
- Desarrollo de mecanismos e instrumentos que permitan la identificación, prevención o resolución sistemática de problemas relacionados con los medicamentos en la población o en determinados grupos poblacionales de riesgo (duplicidades terapéuticas, utilización de fármacos en poblaciones más susceptibles de padecer efectos secundarios, potenciales interacciones o contraindicaciones relevantes, etc.).

Operativamente, estas funciones vinculadas a la perspectiva poblacional y de coordinación se traducen en los elementos estratégicos y funcionales que se describen en la Tabla 5, así como los potenciales beneficios que reportan al SNS.

TABLA 5: DESARROLLOS ESTRATÉGICOS DE LOS SFAP EN UN ÁMBITO DE INTEGRACIÓN CLÍNICA

ÁMBITO	OBJETIVO	UTILIDADES DERIVADAS
Diseño de la política de medicamentos del territorio y transmisión al mismo de las políticas de medicamentos globales del SNS.	Establecer los lineamientos estratégicos para la gestión del medicamento, desde una perspectiva poblacional e individual, que afectan a todos los agentes asistenciales implicados, ya sean internos o externos, y que integran las políticas globales del SNS con sus adaptaciones locales.	- Base para la coordinación y planificación estratégica de la gestión del medicamento. - Correa de transmisión y traslación de las políticas del medicamento globales del SNS hacia los entornos de gestión territorial y de las adaptaciones locales hacia el sistema.

ÁMBITO	OBJETIVO	UTILIDADES DERIVADAS
Desarrollo y gestión de los órganos de participación profesional vinculados a la política de medicamentos.	Desarrollo de criterios homogéneos de práctica clínica a través de la participación de los profesionales.	Bases operativas para el desarrollo de instrumentos de normalización clínica en la organización.
Desarrollo de sistemas de información que aporten datos relevantes al impacto poblacional de la utilización de medicamentos.	Disponer de información de exposición poblacional de consumo de medicamentos que permita conocer la situación y diseñar intervenciones adecuadas.	Base operativa para la formulación de políticas poblacionales e individuales de uso de medicamentos.
Selección y priorización de medicamentos desde una perspectiva poblacional.	Definir la oferta de medicamentos óptima para dar respuesta a los problemas de salud prevalentes.	Garantía de seguridad, efectividad y eficiencia para la organización asistencial y la población de responsabilidad.
Apoyo en la elaboración de instrumentos de normalización clínica entre niveles asistenciales.	Definir guías integradas farmacoterapéuticas y de práctica clínica, protocolos de manejo de medicamentos, etc.	Garantía de coordinación clínica y de resultado.
Desarrollo de políticas de actuación que garanticen condiciones adecuadas de acceso y uso de medicamentos a nivel poblacional.	Desarrollo de estrategias e instrumentos de intervención poblacional (preventivas o curativas) sobre problemas de uso de medicamentos que mejoren la efectividad o minimicen los riesgos.	Garantía de optimización de impactos positivos del consumo de medicamentos y minimización de riesgos poblacionales.
Desarrollo de los mecanismos de coordinación entre servicios farmacéuticos asistenciales.	Definir los criterios homogéneos de continuidad de los cuidados farmacoterapéuticos.	Garantía de coordinación de los cuidados farmacoterapéuticos.

ÁMBITO	OBJETIVO	UTILIDADES DERIVADAS
Desarrollo de programas conjuntos mediante la coordinación y compra de servicios de atención farmacéutica a las OFC coherentes con las políticas definidas.	Integración en las políticas de las capacidades y servicios de las OFC en relación con la utilización de medicamentos, mejora de la adherencia, prevención y detección de PRM, etc.	Mejora de la efectividad y seguridad de las terapéuticas farmacológicas.
Coordinación de acciones entre los servicios farmacéuticos y la APS.	Adecuada coordinación de las actividades de los servicios farmacéuticos y el entorno asistencial de primaria en aspectos de conciliación, programas de salud pública, servicios de atención farmacéutica, etc.	- Mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos - Aprovechamiento para la organización asistencial y el SNS de las capacidades y el valor añadido de las OFC
Coordinación de recursos comunitarios y sociales.	Integración de agentes sociales y comunitarios en el cuidado farmacoterapéutico desde la perspectiva sanitaria y social.	- Participación comunitaria en la gestión. - Mejora de la eficiencia. - Coordinación social y sanitaria.
Desarrollo de las capacidades del paciente o los cuidadores.	Definición de criterios homogéneos de intervención sobre el paciente o los cuidadores que permitan la mejora de sus capacidades de gestión de la patología.	Mejora de la corresponsabilización del paciente y de la eficacia, seguridad y eficiencia de los tratamientos.

ÁMBITO	OBJETIVO	UTILIDADES DERIVADAS
Continuidad de cuidados farmacoterapéuticos (farmacéutico de enlace)	Garantizar la continuidad de cuidados farmacoterapéuticos a los pacientes en los procesos de tránsito asistencial mediante la coordinación de los diferentes agentes implicados.	Concertar adecuadamente los cuidados vinculados a la farmacoterapia y a las funciones de los diferentes agentes implicados en torno al paciente.
Evaluación continua de las políticas establecidas.	Plan de evaluación de las políticas de medicamentos.	Evaluación de los objetivos y su cumplimiento.
Evaluación poblacional de la utilización de medicamentos.	Evaluación del consumo de fármacos y coherencia con las políticas definidas.	Herramienta gerencial.

El planteamiento, por tanto, es que el ámbito de atención primaria es el que está en mejores condiciones para centralizar y dinamizar las políticas de medicamentos a nivel poblacional, así como desarrollar los elementos necesarios para hacerlas operativas y la adecuada coordinación entre los entornos asistenciales, farmacéuticos y no farmacéuticos, en relación con la utilización de medicamentos y el desarrollo de servicios de atención farmacéutica.

4.1 ¿Por qué entendemos que los servicios farmacéuticos de atención primaria deben jugar un papel central en la gestión clínicamente integrada del medicamento?

En el apartado anterior se ha desarrollado el ámbito funcional de los SFAP, que debería justificar suficientemente su papel en la integración de cuidados farmacéuticos. No obstante, es relevante destacar los vacíos asistenciales que derivarían de la inexistencia de los SFAP y las limitaciones que incorporaría esta situación a la integración. Los elementos que destacaríamos son los siguientes:

- El modelo de integración de cuidados farmacoterapéuticos, sin los SFAP, sería poco coherente con un modelo clínico y asistencial centrado en la APS.
- El apoyo farmacéutico al modelo clínico de los profesionales de APS debe ser adecuado al perfil de los mismos, que es sustancialmente diferente al perfil y modelo clínico de los profesionales del ámbito especializado.
- Sin los SFAP sería complicado incorporar la visión poblacional y comunitaria al conjunto de servicios que deben integrarse en el concepto de cuidados farmacoterapéuticos y a la gestión del medicamento en general.
- Los SFAP deben ejercer de elemento central de coordinación con el resto de servicios farmacéuticos, sobre todo en todas aquellas situaciones de transición de los pacientes entre niveles. Sin la presencia de estos servicios se podría producir un vacío asistencial importante en el proceso de gestión de pacientes en los servicios de salud.
- Los diferentes elementos que integran la misión y visión de los SFAP son básicos para definir estratégicamente en cada entorno poblacional las prioridades de atención farmacéutica, definir los cuidados farmacoterapéuticos requeridos, identificar los ámbitos de prestación más adecuados y articular a los agentes implicados y sus relaciones en base al objetivo común. Sin los SFAP, el desarrollo de un modelo estratégico de gestión del medicamento va a presentar siempre limitaciones importantes.

4.2 ¿Cómo hacer operativa la concertación de servicios de atención farmacéutica y el papel de los servicios farmacéuticos de atención primaria?

La dinamización de estas políticas debe generarse a través de la participación de los servicios farmacéuticos, su coordinación interna y externa y una compra de servicios de atención farmacéutica a las OFC adaptados a las necesidades y peculiaridades territoriales y coherentes con la política definida.

Entenderíamos, así, que si bien las funciones logísticas desarrolladas por las OFC pueden responder a modelos de compra generales, el desarrollo de servicios de atención farmacéutica debe coordinarse a través de mecanismos de compra específicos de-

sarrollados por la APS, integrados en coherencia con las políticas de medicamentos territoriales desarrolladas.

Entre las funciones que consideramos imprescindibles para el desarrollo de una adecuada concertación de servicios farmacéuticos en torno al paciente, destacamos el papel del FAP como “farmacéutico de enlace”. El tránsito de los pacientes entre niveles asistenciales es un punto crítico en el desarrollo y la aplicación de políticas homogéneas de cuidados, y es en este punto donde entendemos que el FAP debe aportar un función de enlace conceptual y operativa entre los diferentes agentes vinculados con el paciente y la farmacoterapia.

Así mismo, otro elemento a desarrollar, desde nuestra perspectiva, por los SFAP es la articulación entre las políticas de medicamentos globales del SNS y su adaptación a los entornos locales. Este ejercicio es imprescindible para el adecuado funcionamiento sistémico, ya que supone la traslación de los objetivos del sistema a los ámbitos de ejecución de las políticas y, además, el traslado de los requerimientos de adaptación locales de esas políticas hacia arriba.

Esta visión central, operativizada a través de políticas de medicamentos a nivel local, debe permitir tangibilizar el valor añadido de los servicios farmacéuticos a la organización asistencial, a la población, a los individuos y a los profesionales.

Tangibilizar el valor añadido de los servicios farmacéuticos a la organización asistencial, a la población, a los individuos y a los profesionales.

Al igual que ocurre con la visión sistémica de los servicios asistenciales, un elemento facilitador para el desarrollo de la gestión clínicamente integrada del medicamento es la existencia en nuestro entorno de los servicios farmacéuticos de atención primaria, que ya están en disposición de desarrollar las funciones articuladoras necesarias. En definitiva, si no existieran deberían crearse.

4.3 ¿Los perfiles profesionales de los farmacéuticos de atención primaria son los adecuados para el desarrollo efectivo de entornos clínicamente integrados?

Los perfiles profesionales actuales de los farmacéuticos que se integran en servicios asistenciales son heterogéneos y formalmente diferenciales.

Los únicos que disponen de una formación especializada reconocida son los hospitalarios. El resto, aparte de la formación general propia de los estudios de pregrado, carecen formalmente de una especialización, aunque todos ellos, a través de sus colectivos profesionales, han intentado desarrollar acciones formativas de posgrado dirigidas a potenciar las capacidades y habilidades en los ámbitos específicos de trabajo.

Si bien entendemos que existe una capacidad latente en todos los colectivos, es necesario alinear la formación a las funciones, responsabilidades y necesidades del SNS, incluida la necesaria integración clínica y asistencial y la adecuada concertación de las actividades individuales y poblacionales que requiere la gestión del medicamento.

El desarrollo de la nueva especialidad en farmacia hospitalaria y de atención primaria debería permitir aportar un reconocimiento explícito a los farmacéuticos de atención primaria. No obstante, es importante tener en cuenta que una única especialidad no significa una única función ni un único modelo de servicio. Es importante integrar en esta formación, de forma diferenciada y especializada, la diferente visión y responsabilidad funcional de cada ámbito, garantizando las adecuadas capacidades que necesita el SNS.

Si bien buena parte del contenido metodológico puede ser válida y troncal cualquiera que sea el ámbito de responsabilidad del farmacéutico, la visión funcional y, por tanto, los servicios a desarrollar deberán ser necesariamente coherentes con el entorno asistencial en el que se vayan a desarrollar las funciones.

Los objetivos del SNS, en cuanto a la integración clínica y asistencial, deben ser visualizados como un elemento central del proceso de formación de los farmacéuticos.

Los objetivos del SNS, en cuanto a la integración clínica y asistencial, deben ser visualizados como un elemento central del proceso de formación de los farmacéuticos, de

forma que se garanticen a todos los niveles organizativos las capacidades y habilidades necesarias para dar respuesta a los contenidos clínicos individuales y poblacionales que requiere nuestro sistema de salud.

4.4 ¿Qué elementos operativos debe desarrollar la organización de los servicios asistenciales farmacéuticos en los entornos integrados?

El objetivo de la organización de los servicios farmacéuticos asistenciales en un modelo integrado es, en general, el mismo que el ya descrito para el conjunto de la organización, y su desarrollo debe generar cambios sustanciales en las reglas de juego y en el modelo de relaciones entre los agentes para que permita una gestión óptima de los recursos farmacológicos desde la perspectiva individual y poblacional.

Obviamente, los entornos asistenciales que se planteen desarrollos dirigidos a facilitar la integración clínica y asistencial no parten normalmente de cero, y disponen ya de un modelo de servicios farmacéuticos que implica funciones y recursos. Cada entorno, por tanto, deberá desarrollar los cambios necesarios, condicionados por la realidad de base pero sin perder de vista que el objetivo último es el mismo.

En la Tabla 6 se identifican los diferentes elementos a desarrollar, comparando la perspectiva global de la organización y la perspectiva particular de los servicios farmacéuticos.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Dimensio- namiento poblacional	Disponer de una masa crítica suficien- te para la integración y que permita su gestión adecuada.	- De 200.000 a 300.000 perso- nas.	- De 200.000 a 300.000 personas.
Dimensio- namiento asistencial y de servicios	Conseguir una com- binación de dispo- sitivos asistenciales implicados en la inte- gración que equilibre adecuadamente su rendimiento con la complejidad de su manejo.	- Disponer de una APS conve- nientemente dimensionada que actúe como eje central de la integración. - Limitar la inte- gración especia- lizada a la media de complejidad. - No integrar hos- pitales terciarios de alta comple- jidad, aunque deben participar activamente en la concertación de procesos específicos de atención.	- Disponer de SFAP dimensionados para actuar como eje de la integración en la gestión del medica- mento. - Dimensionar ade- cuadamente el resto de SF en base a sus roles en la gestión integrada. - No integrar SF vincu- lados a dar soporte a la alta complejidad, aunque en procesos específicos de aten- ción farmacéutica.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Estratégico	Definir y hacer visible (interna y externamente) una estrategia conjunta.	- Misión y visión integrada. - Plan estratégico de la organización integrada. - Imagen corporativa única. - Plan de comunicación interno y externo.	- Misión y visión integrada de la gestión del medicamento. - Política estratégica de medicamentos integrada.
Organizativo	Adecuación de la organización en coherencia con el enfoque estratégico.	- Reorganización directiva. - Integración de procesos de soporte. - Definición funcional de los ámbitos asistenciales. - Desarrollo de elementos organizativos facilitadores de la coordinación clínica.	- Diseño del modelo de gobierno de la política de medicamentos. - Integración de los procesos logísticos. - Definición funcional de los diferentes SFA. - Desarrollo de instrumentos de coordinación en torno a los objetivos de la política de medicamentos.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Económico	Facilitar la incorporación del concepto de responsabilidad compartida.	- Orientación de la financiación a resultados. - Alinear los incentivos de los agentes a su papel específico y a los resultados conjuntos que se obtengan.	- Orientación de la financiación de medicamentos a resultados. - Desarrollo de políticas de incentivos alineadas con los objetivos poblacionales e individuales planteados en la política del medicamento.
Participación de los profesionales	Implicar a los profesionales en el cambio.	- Desarrollo de estrategias de participación. - Desarrollo de instrumentos organizativos de coordinación: comisiones interniveles, sistema experto, etc.	- Desarrollo de estrategias de participación en la definición de las estrategias vinculadas a la gestión del medicamento. - Desarrollar los mecanismos de participación de los SF en los desarrollos de participación clínica. - Desarrollo de instrumentos organizativos de coordinación interna y externa de los SF.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Enfoque asistencial	Integración del enfoque poblacional y del enfoque individual en el modelo asistencial.	- Cartera integrada de servicios. - Desarrollo de instrumentos organizativos de coordinación. - Desarrollo de instrumentos clínicos (GPC integrada, gestión de casos, gestión de patologías, etc.). - Desarrollo de acciones de salud pública y de acciones intersectoriales.	- Cartera de servicios de atención farmacéutica. - Desarrollo de instrumentos clínicos de coordinación (guías farmacoterapéuticas integradas, políticas de uso y de adecuación de medicamentos, etc.). - Integración de los SF en el desarrollo de instrumentos de normalización clínica. - Desarrollo de políticas poblacionales de uso seguro y efectivo de medicamentos. - Desarrollo de acciones y relaciones intersectoriales. - Potenciación de las capacidades del paciente en la gestión de su terapia.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Adecuación de los recursos	Reordenar y adecuar los recursos disponibles a los necesarios en cada ámbito de atención en base a las definiciones y responsabilidades funcionales realizadas.	- Dimensionar los recursos necesarios para el desarrollo funcional en cada ámbito. - Dimensionar los recursos actuales y su distribución. - Proceder a su reordenación.	- Dimensionar los recursos necesarios para el desarrollo funcional en cada ámbito. - Dimensionar los recursos actuales y su distribución. - Proceder a su reordenación.
Evaluación	Generar una dinámica de evaluación integrada	- Monitorizar la consecución de los objetivos estratégicos definidos. - Hacer tangible la responsabilidad compartida a través de la medición de los resultados poblacionales e individuales obtenidos y la coherente orientación de los recursos e incentivos.	- Monitorizar la consecución de los objetivos estratégicos definidos en el ámbito del medicamento. - Hacer tangible la responsabilidad compartida a través de la medición de los resultados poblacionales e individuales obtenidos y la coherente orientación de los recursos e incentivos.

ÁMBITO	OBJETIVO	DESARROLLO GENERAL	DESARROLLO EN LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS
Instrumental	Desarrollo de instrumentos facilitadores de la integración clínica y asistencial.	- Sistema de información integrado. - Sistemas de comunicación entre profesionales.	- Sistema de información del medicamento integrado que incluya los elementos facilitadores de selección, prescripción, integración de políticas de uso, mecanismos de análisis e intervención poblacional e individual, etc.

Lo descrito en la tabla anterior implica un desarrollo operativo conceptual de los servicios farmacéuticos asistenciales coherente y similar al planteamiento general de redefinición y reorganización en los entornos que persiguen la integración clínica.

No obstante, debe reconocerse que así como en los servicios asistenciales el papel, desarrollo y fortaleza de la APS es patente, presente y forma parte del modelo de atención de nuestro SNS, no ocurre exactamente igual con los SFAP.

Los SFAP no están homogéneamente desarrollados en los diferentes entornos gestores del SNS, y en muchos casos su presencia es limitada en cuanto a recursos y, en consecuencia, en el desarrollo funcional que pueden asumir. Esta limitación estructural es, obviamente, una dificultad relevante a la hora de asumir funcionalmente una política integrada de medicamentos.

Ante esta dificultad, los entornos gestores pueden tener la comprensible tentación de aprovechar todos los recursos farmacéuticos de su organización y concentrarlos. Esto ha ocurrido en experiencias desarrolladas en España, donde los servicios farmacéuticos hospitalarios de un territorio han asumido el “gobierno” y, en consecuencia, han concentrado (absorbido) los recursos disponibles.

Parece evidente, en este caso por lo menos, que lo “fácil” es enemigo de lo “bueno”, ya que trasladar el gobierno y los recursos farmacéuticos de la red integrada a un entorno

que no incorpora de forma natural conceptos básicos para la integración y que, por naturaleza, debe focalizar sus esfuerzos en la institución hospitalaria en la que se ubica y en la población atendida por la misma, no es seguramente la mejor solución para conformar un entorno estratégico de gestión farmacéutica focalizado a la población de responsabilidad. Lo “fácil” en este caso no es coherente con los objetivos estratégicos de desarrollo de un modelo de organización integrado y dificulta el cambio cultural necesario y la visión adecuada.

Sería recomendable y coherente que el dimensionamiento estructural de los servicios farmacéuticos en los entornos integrados priorizara los objetivos estratégicos y funcionales de la política de medicamentos. En este marco, los SFAP deben estructurarse para poder dar cumplimiento a sus funciones y para estar en condiciones de coordinar la política del medicamento en la organización, y si ello supone integrar o incrementar recursos debe plantearse de forma inmediata y progresiva.

Como es lógico, la situación en los diferentes entornos no necesariamente es igual, y la recomendación dirigida al dimensionamiento adecuado de los SFAP es extrapolable a cualquier otro servicio farmacéutico del entorno integrado, entendiendo siempre que las soluciones que el entorno gestor debe aportar a la hora de estructurar los servicios farmacéuticos no necesariamente deben ser las “fáciles”, sino las coherentes con lo que se persigue, aunque ello suponga invertir o reconvertir recursos de forma progresiva.

APARTADO 5: ELEMENTOS CENTRALES DEL POSICIONAMIENTO

1. La gestión del medicamento clínicamente integrada en el continuo asistencial es un concepto naturalmente implícito en el concepto amplio de integración clínica.
2. La gestión del medicamento desde una perspectiva clínica integrada requiere concertar los cuidados farmacoterapéuticos entre los diferentes agentes que participan, de forma que se garantice una atención centrada en el paciente capaz de integrar coherentemente las decisiones y cuidados terapéuticos que se producen en el continuo asistencial.
3. La organización de los servicios farmacéuticos asistenciales en un modelo integrado debe perseguir una gestión óptima de los recursos farmacológicos desde la perspectiva individual y poblacional.
4. En los modelos organizativos integrados los servicios asistenciales farmacéuticos deben actuar como catalizadores de todos aquellos elementos de apoyo y concertación de actividades y criterios clínicos (vinculados con el uso de medicamentos) entre profesionales y entre profesionales y pacientes.
5. En el desarrollo de los modelos organizativos integrados los servicios farmacéuticos deben desarrollar un planteamiento estratégico homogéneo que integre la visión individual y poblacional requerida.
6. Para actuar de manera efectiva sobre sus clientes internos y externos los servicios farmacéuticos deben establecer el adecuado nivel de comunicación y coordinación entre ellos y con el resto de escalones asistenciales.
7. La función logística que desarrollan los servicios farmacéuticos puede responder perfectamente a criterios de economía de escala y, por tanto, de centralización en los modelos organizativos integrados.
8. La función clínica y asistencial de los servicios farmacéuticos no responde a economías de escala, no tiene validez externa entre ámbitos y debe adaptarse necesariamente a los requerimientos de cada entorno asistencial.

9. El desarrollo de modelos organizativos integrados a la hora de dimensionar los servicios farmacéuticos asistenciales debe promover la coordinación entre estos, pero esto no implica perder la responsabilidad funcional específica de cada ámbito. No se trata de diluir funciones y responsabilidades sino de compartirlas y concertarlas.
10. Los modelos organizativos integrados deben definir la política de medicamentos, planificar estratégicamente los servicios para darle respuesta y dimensionar funcionalmente los requerimientos operativos y de coordinación.
11. Para hacer operativa la atención farmacéutica clínicamente integrada en los modelos organizativos integrados se deben adecuar los recursos en base a las responsabilidades de cada ámbito asistencial, promover la participación de todos los servicios farmacéuticos y conseguir su coordinación interna y externa.
12. La centralidad y preponderancia de la Atención Primaria de Salud como modelo de gobierno clínico en los desarrollos organizativos que persiguen la integración es válida también para los servicios farmacéuticos y para la gestión clínicamente integrada de la farmacoterapia.
13. Los servicios farmacéuticos de atención primaria, además de su papel específico en este nivel asistencial, deben aportar al conjunto la visión y responsabilidad poblacional, la incorporación del concepto familiar y comunitario en los servicios farmacéuticos y la coordinación con otros ámbitos asistenciales farmacéuticos y no farmacéuticos.
14. El farmacéutico de atención primaria debe desarrollar un papel de “farmacéutico de enlace” que limite el riesgo de las transiciones entre niveles.
15. Los servicios farmacéuticos de atención primaria deben centralizar y dinamizar las políticas de medicamentos a nivel poblacional, desarrollar los elementos necesarios para hacerlas operativas y conseguir la adecuada coordinación entre los entornos asistenciales, farmacéuticos y no farmacéuticos, en relación con la utilización de medicamentos, y coordinar el desarrollo de servicios de atención farmacéutica.

16. Los servicios farmacéuticos de atención primaria deben responsabilizarse de ejercer de cadena de transmisión de las políticas de medicamentos hacia arriba y hacia abajo.
17. La existencia de servicios farmacéuticos de atención primaria adecuadamente dimensionados para el cumplimiento de sus funciones es un elemento esencial en el desarrollo de los modelos organizativos integrados, y por ello su papel en estas organizaciones debe ser central y difícilmente sustituible.
18. Los servicios farmacéuticos de atención primaria están en disposición de desarrollar las funciones articuladoras necesarias y facilitar la integración y coordinación clínica en la gestión del medicamento.
19. Los objetivos del Sistema Nacional Salud, en cuanto a la integración clínica y asistencial, deben ser visualizados como un elemento central del proceso de formación de los farmacéuticos, de forma que se garanticen, en cada ámbito de responsabilidad, las capacidades y habilidades necesarias para dar respuesta a los contenidos clínicos individuales y poblacionales que requiere nuestro sistema de salud.

04

BIBLIOGRAFÍA REVISADA

TENDENCIAS DE CAMBIO EN EL SNS

Diez temas candentes de la sanidad española para el 2013. PWC; 2012.

España, análisis del sistema sanitario 2010: Resumen y conclusiones. SESPAS y European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.

Fortalecimiento de los sistemas de salud: Tendencias Actuales y retos. OMS; 2011.

Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO; 2013.

Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications. WHO and European Observatory on Health Systems and Policies; 2013.

Health systems' responses to the economic crisis in Europe. European Observatory on Health Systems and Policy; 2012.

Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario. McKinsey y FEDEA; 2009.

Informe SESPAS 2014. Gac Sanit 2014; 28(S1):1-146.

Joint report on Health Systems. Economic and financial affairs. European Commission; 2010.

La sanidad pública ante la crisis: Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. AES; 2010.

La sanidad pública en España. La necesidad de reformar la asistencia sanitaria ante el incremento de enfermedades crónicas. Accenture; 2012.

Oliva J, Peiró S, Puig-Junoy J. Sistema Nacional de Salud y propuesta de reformas: Más allá del ruido y la furia. *XXII Congreso Derecho y Salud* 2013; 23:6-18.

Oliva J, Peiró S, Puig-Junoy J. Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma ordenada. *Economistas*; 2013.

Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. AES; 2013.

Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Antares Consulting; 2010.

PLANES DE SALUD Y DE CRONICIDAD DEL SNS

Directrices para un Plan integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias; 2014.

Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Servicio de Salud de Castilla y León; 2014.

Estrategia de Atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid. Servicio Madrileño de Salud; 2013.

Estrategia navarra de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos. Servicio Navarro de Salud; 2013.

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Servicio Vasco de Salud; 2010.

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2014.

Estrategia SERGAS 2014. Servizo Galego de Saúde; Xunta de Galicia.

Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Servicio Andaluz de Salud; 2012.

Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Plan director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017. SESCAM, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Plan IB-SALUT 2020. Promoción de la salud. Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social; 2012.

Programa de Prevención y Atención a la cronicidad de Cataluña 2011-2014. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; 2012.

ASPECTOS GENERALES DE LA INTEGRACIÓN

Artalejo FF, Banegas JR, Conde M, et al. ¿Cómo mejorar la atención a las enfermedades crónicas? Una ilustración en pacientes con insuficiencia cardíaca. En: Ortún V (ed). *Gestión Clínica y sanitaria*. Barcelona: Masson; 2003:1-17.

Charns MP. Organization design of integrated delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(3):411-32.

Chen A, Brown R, Archibald N, et al. *Best practices in coordinated care*. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc.; 2000.

Conrad DA, Dowling WL. Vertical integration in health services: theory and managerial implications. *Health Care Manage Rev* 1990; 15(4):9-22.

European Health care Reforms: Analysis of current Strategies. Copenhagen: World Health Organisation. Regional Office for Europe; 1996.

European helthcare trends: Towards managed care in Europe. Coopers & Lybrand; 1995.

Gerdtham UG, Löthgren M. Health care system effects on cost efficiency in the OECD countries. *Working Paper Series in Economics and Finance*, 247. Stockholm: Stockholm School of Economics; 1998.

Gillies RR, Shortell SM, Young GJ. Best practices in managing organized delivery systems. *Hosp Health Serv Adm* 1997; 42(3):299-321.

Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2004; 286(20):2578-85.

Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2002; 327(7425):1219-21.

Harrigan KR. Vertical integration and corporate strategy. *AMJ* 1985; 28(2):397-425.

Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. *Adv Pract Nurs Q* 1998; 4(1):33-9.

Ibern P, Calsina J. Más allá de la separación de funciones: Las Organizaciones Sanitarias Integradas. *Fulls Econòmics del Sistema Sanitari* 2001; 35:17-20.

Integración Asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate. SEDAP; 2010.

Jacobsen T, Hill M. Achieving information systems support for clinical integration. *J Nurs Adm* 1999; 29(6):31-9.

- Kilbridge PM. The role of information systems in IDS-physician relationships. *Healthc Financ Manage* 1998; 52(6):31-3.
- Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care* 2002; 2:1-8.
- OPS/OMS. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Washington DC: 2007.
- Peiró S. De la gestión de lo complementario a la gestión integral de la atención de salud: gestión de enfermedades e indicadores de actividad. En: Ortún V (ed). *Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. Barcelona: Masson; 2003:17-89.
- Pilnick A, Dingwall R, Starkey K. Disease management: definitions, difficulties and future directions. *Bull World Health Organ* 2001; 79(8):755-63.
- Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington: OPS; 2010.
- Reid RJ, Haggerty J, McKendry M. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care*. Vancouver, B.C.: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2002.
- Savage GT, Taylor RL, Rotarius TM, et al. Governance of integrated delivery systems/networks: a stakeholder approach. *Health Care Manag Rev* 1997; 22(1):7-20.
- Shortell SM. The Evolution of Hospital System: Unfulfilled Promises and Self-Fulfilling Prophecies. *Med Care Rev* 1988; 45:177-214.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp Health Serv Adm* 1993; 38(4):447-66.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, et al. *Remaking Health Care in America. Building Organized Delivery Systems*. 2nd ed. San Francisco: The Jossey-Bass health care series; 2000.
- Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994; 13(5):46-64.
- Shortell SM, Hull KE. The new organization of health care: Managed care/integrated health systems. En: Altman SH, Reindhart UE (eds). *Strategic Choices for a changing Health care System*. Chicago: Health Administration Pr; 1996.
- Shortell SM, Hull KE. The new organization of the health care delivery system. *Baxter Health Policy Rev* 1996; 2:101-48.

Terraza R. Coordinación y continuidad: un marco para el análisis. Universitat Pompeu Fabra; 2004.

Vargas I. La utilización del mecanismo de asignación per cápita: la experiencia de Cataluña. *Cuad Gest* 2002; 8(4):167-79.

PAPEL DE LA APS

Central de Resultats: Àmbit d'atenció primària. Dades 2012. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.

El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(S):3-5.

Gérvas J. Gobierno clínico de la clínica diaria. En: Ortún V (coord). *El buen gobierno sanitario*. Madrid: Springer Healthcare Communicating; 2009:27-46.

Gérvas J, Ortún V. Regulación y eficiencia de la Atención Sanitaria Primaria en España. En: López-Casanovas G, Rodríguez D (dirs). *La regulación de los servicios sanitarios*. Madrid: Civitas y FEDEA; 1997.

Gérvas J, Ortún V, Palomo L, et al.; Seminario de Innovación en Atención Primaria. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81:589-96.

Gérvas J, Pérez M, Palomo L, et al. *Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error*. REAP; 2005.

Gérvas J, Pérez M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in western Europe. *Fam Pract* 1994; 11(3):307-17.

Gérvas J, Starfield B. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria? *El Médico* 2009; 11:34-6.

Ham C. A primary care market? *BMJ* 1996; 313:127-8.

Kaag ME, Wijkkel D, De Jong D. Primary health care replacing hospital care: The effect on quality of care. *Internat J Qual Health Care* 1996; 8(4):367-73.

Ledesma A. ¿Autogestión o Autonomía de Gestión? Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit* 2012; 26(S):57-62.

Marco estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP 21). Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.

Navarro V, Martín-Zurro A (coord). Proyecto de Investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2009.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.*

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health Data* 2010.

Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994; 39:123-8.

Shi L. Primary care, speciality care and life chances. *International J Health Serv* 1994; 24(3):431-58.

Somers AR. And who shall be the gatekeeper? The role of the primary physician in the health care delivery system. *Inquiry* 1983; 20:301-13.

Starfield B. Equity in health and primary care: are they related? En: *The 2000 General Practice Evaluation Program Conference Proceedings*. Adelaide, Australia: National Information Service;2000.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344:1129-33.

Starfield B. Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs. *Humanity Soc* 2009;33:56-73.

Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991; 266(16):2268-71.

Starfield B. Re-inventing primary care: lessons from Canada for the United States. *Health Aff* 2010;29:1030-6.

Starfield B, Powe NR, Weiner JR, et al. Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA* 1994; 272(24):1903-8.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.

INTEGRACIÓN DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS

Camós J, Coderch J, Cols M. *Integración Farmacéutica*. Barcelona: Ed. Mayo; 2007.

Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.

Gorgas MQ, Pàez F, Camós J, et al. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp* 2012; 36(4):229-39.

Segú JL. ¿Centros de atención primaria y farmacias comunitarias o un ámbito integrado de atención comunitaria?: la experiencia del barrio de la Barceloneta. *SEMERGEN* 2004; 30(9):1-5.

Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Informe final. Organización Panamericana de la Salud; 2009.

